Eina kartą per mėnesį | 1938 m. | XIX METAI

Nr. 8 | Rugpjūčio mėn. | Nr. 8

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas*, prof. dr. *Pr. Gudavičius* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), prof. dr. *J. Blažys* (nervų ir psichinės ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas*, doc. dr. *Vl. Kuzma* ir priv.-doc. dr. *V. Kanauka* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* ir dr. *M. Nasvytis* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* ir doc. dr. *Br. Sidaravičius* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embriologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), prof. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), doc. dr. *P. Stančius* (odontologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos), prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija), doc. dr. *J. Zubkus* (ausų, nosies ir gerklės ligos).

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 4 lit.

TURINYS

V Liet. Chirurgų Draugijos suvažiavimo pranešimai:

I. *M. Mickus*: Pleuros empyemos gydymas Karo ligoninės duomeninis . . 631
II. *J. Žemgulys*: Aktinomikozė Vakarų Lietuvoje . 638
III. *B. Zacharinas*: Vietinės anestezijos kombinacija su intravenine morfio-skopolamino-kofeino injekcija . 642
IV. *J. Fridmanas*: Hypochloremijos simptomų kompleksas ir hypertoninių natrium chloratum skiedinių vartojimas klinikoje kovai su hypochloremija . . . 645
V. *J. Žemgulys*: Artritų gydymas šalčiu 652
VI. *K. Pautienius*: Tbc. articul. talocruralis ir articul. talocalcaneae operatiškas gydymas 658
VII. *V.-K. Burba*: Pirminės krūties tuberkuliozės atsitikimas 670
IX. *V.-K. Burba*: Ūminis perforacinis apendicitas ir jo sėkmingo gydymo sąlygos 672
X. *V.-K. Burba*: Du torsio tubae Fallopii atsitikimai ir vienas Graaff'o folikulio hemoragijos atsitikimas, simuliavęs apendicitą . . 680
XI. *K. Katilius*: Bazedovinių strumų operatiškas gydymas 682
XII. *S. Stonkus*: Kaulų dirbtinio minkštinimo klausimu 687
XIII. *V. Paprockas*: Myositis ossificans traumatica . . 691
XV. *A. Maciūnas*: Erysipelas gydymas prontosil'iu . . 692
XVI. *Demonstracijos*:
1. *P. Kusa*: Fractura colli femoris naujas gydymas 697
2. *S. Rabinavičius*: Fractura colli femoris atsitikimo operatiškas gydymas 697
3. *B. Zacharinas*: Plėstuvų ir ortopedinio stalo bei jo atskirų dalių demonstravimas . . . 698
4. *A. Dumbrys*: Gland. sublingualis akmens pašalinimas 699

SOMMAIRE

Les rapports du V-ième Congrès de la Société des Chirurgiens de Lithuanie:

I. *M. Mickus*: Le traitement de la pleurésie purulente d'après les données de l'Hôpital Militaire.
II. *J. Žemgulys*: L'actinomycose dans la Lithuanie occidentale.
III. *B. Zacharinas*: La combinaison de l'anestésie locale avec l'injection intra-veineuse de morphine-scopolamine-coféine.
IV. *J. Fridmanas*: L'ensemble de symptômes de l'hypochlorémie et son traitement en clinique au moyen des solutions hypertoniques de chlorure de sodium.
V. *J. Žemgulys*: Le traitement des arthrites par le froid.
VI. *K. Pautienius*: Le traitement chirurgical de la tuberculose des articulations tibio-tarsienne et astragalo-calcanéeme.
VII. *V.-K Burba*: Un cas de tuberculose mammaire primitive.
IX. *V.-K. Burba*: L'appendicite aiguë perforée et les conditions de son traitement efficace.
X. *V.-K Burba*: Un cas de torsion de la trompe et d'hémorragie d'un follicule de Graaf simulant l'appendicite.
XI. *K. Katilius*: Le traitement opératoire des goitres basedowiens.
XII. *S. Stonkus*: Sur la question de ramollissement artificiel des os.
XIII. *V. Paprockas*: Myosite ossifiante traumatique.
XV. *A. Maciūnas*: Le traitement de l'érysipèle par le prontosil.
XVI. *Démonstrations*:
1. *P. Kusa*: Nouveau traitement de la fracture du col du fémur.
2. *S. Rabinavičius*: Un cas de traitement chirurgical de la fracture du col du fémur.
3. *B. Zacharinas*: Présentation d'un appareil d'extension et d'une table orthopédique et de leurs parties constituantes.
4. *Al. Dumbrys*: L' extraction d'un calcul de la glande sublinguale.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XIX met. | 1938 m. rugpjūčio mėn. | Nr. 8

V-ojo Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavimo pranešimai.

I.

D-ras M. Mickus.

Pleuros empyemos gydymas Karo ligoninės duomenimis.

1937 ir 1938 metais Karo ligoninėje buvo 63 pleuros empyema sergą ligoniai. Iš jų 49 atvyko į Karo ligoninę ligos pradžioje, likusieji 14 sirgo kitose ligoninėse. Iš jų 5 buvo operuoti ir tik gydymosi užbaigimui perkelti į Karo ligoninę. Kiti praslinkus 1—2 mėn. buvo atsiųsti į Karo ligoninę operacijai.

Tie ligoniai, kurie buvo gydomi Karo ligoninės vidaus ligų skyriuje, dažniausiai galima buvo iš anksto stebėti ir operacijos laikas nustatyti savo nuožiūra.

Operacijos laikui nustatyti vadovaujamasi bendriniu ligonio stoviu, ypač plaučių uždegimo reiškiniais. Kadangi beveik visi ligoniai turėjo parapneumoninį pleurokrupą, po gripinio plaučių uždegimo ar kitos rūšies bronchopneumonijų, o tik 2 po krupozinės pneumonijos, tai ir operacijos laiko nustatymas įvairus: svyravo tarp 10—35 dienų nuo susirgimo pradžios. Jokiu būdu nebuvo operuoti ligoniai sunkiame stovyje, pvz., turį kardio-vazomotorinės sistemos sutrikimą arba turį sunkaus intoksikacijos stovio reiškinius, nors kartais internistai ir pageidavo operuoti.

Sunkiame stovyje, prisirinkus didesniam kiekiui eksudato, buvo daromos punkcijos pūliniam eksudatui pašalinti. Punkcijos buvo kartojamos individualiai 2—5 kartus, kad neprisirinktų pūlių aukščiau trečdalio — pusės mentės aukštumo.

Iš operacijų buvo vartojama Bühlau'o metodė 8 kartus ir šonkaulių rezekcija 40 kartų. Po šonkaulių rezekcijos buvo statomas sifoninis drenas tada, kai operacijos metu išvengta visiško oro patekimo į pleuros tuštymą. Ir buvusi daroma trijų bonkų evakuacija pagal Perthes'o metodę. 5 atsitikimais buvo operuoti apskrities ligoninėse atviru drenavimu.

Ypač svarbu man buvo pasirinkti tinkamiausias laikas operacijai, skaitant nuo susirgimo pradžios. Savo apyskaitoje

žymėsiu laiką susirgimo plaučių uždegimu, nes susirgimo pleuroempyema pradžia sunku nustatyti. Gali įvykti keleto dienų klaida. Pagal operavimo laiką savo atsitikimus suskirstysiu į šiuos skyrius:

I gr.	Operacija tarpe	. . .	10—20 dienos
II „	„ „	. . .	21—35 „
III „	„ vėliau kaip po	.	35 dienų.

Ligoniai, kurie ligos metų buvo mano kontroliuojami, buvo operuoti ne vėliau kaip 3 savaitės nuo susirgimo pradžios.

Vėliau šito laiko buvo operuoti tie, kurie del kai kurių priežasčių buvo sulaikyti terapijos skyriuje arba, šitam terminui praslinkus, atsiųsti iš kitų ligoninių.

Čia aš pateiksiu operacijų pasėkų lentelę. Vėliau padarysiu kritišką apžvalgą ir išvadas. Pagrindu tai ar kitai metodei įvertinti vartoju laiką, kuris praėjo nuo operacijos iki visiško žaizdos sugijimo, ir komplikacijas.

Šituo laikotarpiu mirimų nebuvo. Apskritai, minimų skaičių įvertinimas gali turėti reikšmės tik tada, kai atsitikimų skaičius yra labai didelis ir mirtingumo % taip pat nemažas.

Visiems, kurie buvo operuoti Karo ligoninėje, buvo tirti pūliai ir rasta:

1 atsitikimu nerasta mikroorganizmų, 1 atsitikimu rasta streptokokų ir diplokokų, visais kitais atsitikimais rasta streptokokų.

Kadangi sifoninis drenas ir Perthes'o metodė gijimo eigoje skirtumo nesudaro, nes tinkamai uždėtas sifoninis drenas veikia kaip aspiracija (sifono veikimas), tai aš šitų metodžių apžvalgoje neskiriu. Atskirai pabrėžiu tik Bühlau'o metodę ir operaciją atviru drenavimu (atviru drenavimu buvo gydomi operuotieji kitose ligoninėse).

Iš I grupės buvo 13 operacijų, tarp 10—20 dienų nuo susirgimo pradžios; vidutinis pagijimo laikas buvo 73 dienos. Turiu pažymėti, kad pagijimas nustatomas tada, kai žaizda visiškai užgyja ir nukrinta šašas; paprastai prieš tai 8—10 dienų pūliavimas iš gilumos jau esti nustojęs. Šitoje grupėje pažymėtinos 2 komplikacijos: 1) reikėjo pakartoti šonkaulio rezekcija iš pryšakio (nes gijimo metu pasirodė įsikapsuliavusi empyema tolokai nuo pirmykštės drenavimo vietos), ir 2) išsivystė nedidelis tuštymas (Resthöle), ir teko rezekuoti 2 šonkauliai. Apskritai, šito pastarojo gijimas užtruko 188 dienų ir padidino pirmosios grupės pagijimo vidurkį.

Iš II grupės 20 operacijų tarpe 21—35 dienų nuo susirgimo pradžios vidutinis pagijimo laikas buvo 84 dienos. Pastebėtos šios komplikacijos: 1) dviem ligoniams reikėjo padaryti kartotinė šonkaulio rezekcija del susidarymo įsikapsuliavusių empyemų toli nuo pirmykštės vietos.

Dviem ligoniams pasikartojo pleuroempyema toje pačioje pusėje. Vienam pasikartojo praslinkus $2^1/_2$ mėnesio nuo užgi-

Eil. Nr.	Operacija nuo susirgimo pradžios	Ligonių skaičius	Nuo operacijos iki pagijimo	Komplikacijos	
1	10—20 d.	13	73 d.	Perthes ir sifonai	1 pakartot. drenavim. kitoje vietoje 1 maža Schede (2 šonk.) 180 d.
2	21—35 d.	20	84 d.		2 pakartotas drenas kitoje vietoje. Pas 2 pasikartojo pl. empyema po 2 ir 9 mėnesių
3	daugiau kaip 36 d.	9	75 d.		1 fistula pulmonum.
4	10—20 d.	5	54 d.	Bühlau	
5	21—35 d.	3	112 d.		Visiems trims reikėjo daryti resectio costae
6		5	79 d.	Atviras drenas. Operuoti kitur	1 atviras drenas 10 d. po susirgimo (180 d.)
7		3		Sugijo po evakuacinių punkcijų neoperuojant (su streptokokais)	
		58			

jimo, antram po 9 mėnesių. Juodu sugrįžo į ligoninę iš namų. Vienam buvo išsivysčiusi intermuskulinė flegmona buvusios punkcijos vietoje. Vėliau po šonkaulio rezekcijos ir drenavimo pagijo be komplikacijų.

III grupės 9 ligoniai (daugiau kaip 35 dienos po 2 ir 3 mėnesių). Vidutinis gijimo laikas 75 dienos. Dviem buvo fistula.

IV ir V grupės 8 ligoniai operuoti pagal Bühlau'o metodę. Iš jų penki operuoti praėjus 10—20 dienų nuo susirgimo pradžios ir jie sklandžiai pagijo. Visiems po 10—14 dienų, pašalinus dreną Hegar'o dilatatoriais, reikėjo praplėsti drenavimo skylė iki 12—13 mm., nes vėliau susidarę tiršti pūliai negalėjo ištekėti pro 10 mm. dreną.

3 ligoniai operuoti praslinkus 21—35 dienoms nuo susirgimo pradžios. Operacijos metu pūliai buvo visai skysti ir atrodė tinką šitai (Bühlau'o) metodei, bet vėliau teko daryti šonkaulio rezekcija, nes pro išplėstą iki 12—13 mm. dreną pūliai tinkamai negalėjo nutekėti. Šitie pastarieji gana ilgai (vidutiniškai po 3 mėn.) išgulėjo ligoninėje ir pailgino vidutinį pagijimo laiką. Apskritai, likau Bühlau'o metode nepatenkintas. Perplonas drenas — nepakankamas nutekėjimas sutirštėjusiems pūliams!

Nors pirmutinė operacija savo paprastumu ir patraukia, bet vėlesnis reikalas praplėsti drenavimo skylę arba gana dažnai vėliau darytina šonkaulio rezekcija, taip gydymą sukomplikuoja, kad operuojant šita metode sugaištama daugiau laiko ir pačiam ligoniui pridaroma nemalonumų. Juk pati šonkaulio rezekcijos operacija ir įdėjimas sifoninio arba pagal Perthes'ą dreno yra tiek paprastas, jog pakeisti dar paprastesniu būdu nėra reikalo, kadangi Bühlau'o metodė turi daug neigiamų pusių.

Pritaikant mano metodę — drenavimą be pneumotorakso, iš esmės juk ta pati Bühlau'o metodė. Tik čia drenas vartojamas reikiamo diametro (20 mm.) ir vėliau nereikalinga skausmingos ir ne visada tikslą pasiekiančios dilatacijos.

Iš operuotųjų atviru drenavimu kitose ligoninėse 5 atsitikimų ir atsiųstų į Karo ligoninę baigti gydymo paminėsiu 2. Vienas buvo operuotas praslinkus 10 dienų po susirgimo atviru drenavimu. Man atrodo, kad tik del šitos priežasties gijimas užtruko 6 mėn. O galėjo būti ir blogiau!

Atviru drenavimu gydyti, kai nėra, arba kai tėra visai maži pleuros sulipimai, yra labai rizikinga.

Antras atsitikimas — drenavimas plonu 10 mm. ir apie 25 cm. ilgumo drenu. Matyti chirurgas stūmė dreną tol, kol atsirėmė ir tada nukirpo!

Šitie pavyzdžiai rodo, kaip menkai dar kai kurių chirurgų tarpe yra įsisąmonėjęs tinkamas pleuro-empyemų operacinis gydymas.

Trys pasveiko neoperuoti, po 3—5 punkcijų. Pūliai rezorbavosi, nors pas visus 3 rasta streptokokų. Vienam iš jų išsivystė nephrosis — baltymo $1^1/_2$ $^0/_{00}$. Apskritai, be operacijos pūliai rezorbuojasi gana lėtai ir vidutiniškai sveiksta ne greičiau kaip po drenavimo. Ilgą laiką ryškiai pastebima anemija ir bendras nusilpimas. Rezorbuojasi toksinai, ir atrodo, kad perdaug džiaugtis šituo procesu nėra reikalo. Antra, tokie, kurie atrodo pagysią nedrenuojami, vėliau po kokių 6—8 savaičių tenka operuoti, ir tuo būdu gydymas tik bereikalingai užtrunka.

Trečioje grupėje tarp 9 ligonių yra 2 tokie su pavėluota operacija, kuriems buvo laukta rezorbcija.

Man atrodo, kad, kai rasti pūliai ir streptokokai, nereikia laukti, o atėjus patogiam laikui, operuoti.

Turiu pažymėti, kad 1937 metais gripinės pneumonijos, kurios labai dažnai buvo lydimos strepokokinės pleuro-empyemos, buvo labai sunkios formos. Gal už tat ir bendras gydymas buvo ilgokas ir vis delto nemažas procentas komplikacijų. Komplikacijos buvo lengvai pašalintos. Tik 2 iš pernykščių ligonių turi fistules (tuštymus). Viena fistulė (tuštymas) išsivystė, matyti, del labai pavėluotos operacijos. Net negalėjau nustatyti ligos pradžios. Antras ligonis taip pat užsigulėjo kitoje ligoninėje ir buvo operuotas praslinkus 10 savaičių nuo pradžios su-

sirgimo. Pastaroji, kaip matyti iš rentgenogramos, bus labai didelė ir sudarys didelius techniškus sunkumus.

Pleuro-empyema yra sunki ir ilgos eigos liga. Jos gydymas reikalingas ne tik tikslaus ir individualiai pritaikyto chirurgiško gydymo, bet sunkesniais atsitikimais ir tinkamo sanatorinio gydymo, nekalbant jau apie medikamentinį gydymą.

Iš komplikacijų svarbiausia yra tuštymo išsivystymas. Dalis tuštymų su jų sunkiomis pasėkomis išsivysto del nevisai tiksliai ir nelaiku taikomo chirurgiško gydymo. Kita dalis, be abejo, išsirūtuliuoja del organizmo nusilpimo, kai lieka nebenugalima infekcija, arba del plaučių susirgimo. Šituo atveju tik ilgas, tinkamas sanatorinis gydymas galėtų daugiau padėti. Bendrinėse chirurginėse arba vidaus ligų ligoninėse tokių reikalingų šitiems ligoniams gydyti sąlygų neturime.

Šita proga parodysiu 4 ligonius, operuotus 1937 ir 1938 metais del tuštymo (Resthöle).

1. Ligonis sirgo pleuro-empyema 1919 metais. Išrašytas turėdamas fistulę. Vėliau tuštymui pašalinti buvo tris kartus operuotas, bet matyti, nebuvo radikaliai operuotas ir be pasėkų. Prieš 4 metus įlindo į tuštymą drenas apie 15 cm. ilgumo ir del to ligonio būklė dar labiau pasunkėjo.

1938.I.18 d. padariau radikalią Schédé's operaciją su Mikulicz'o tamponada visiškai nesusiuvęs raumenų ir, kaip pamatysite, ligonis baigia gyti.

Čia organizmas stiprus (baltymų šlapimuose nėra).

2. Ligonis atsiųstas iš apskrities ligoninės po 2 mėnesių nuo susirgimo pradžios su pleuro-empyema sinistra. Ligonis labai išblyškęs, menkos mitybos.

1936.V.12 d. resectio costae.

VIII.12 d. pakartota operacija, nes skylė susiaurėjo, — rezekuoti 2 šonkauliai, plačiai atidarytas tuštymas.

X.22 d. nesugijus padaryta Schédé's būdu torakoplastika. Granuliacijos balkšvos, pūliuoja. Nėra jokios tendencijos sugyti. Buvo Alytaus sanatorijoje.

1937.XII.7 d. pakartota torakoplastika. Paskutiniu laiku ligonio svoris padidėjo. Išvaizda pagerėjo, ir, matyti, sugis.

Tat konstitucinio silpnumo pavyzdys, nes tuštymas išsivystė ir ilgai nesugijo ne del netinkamo chirurgiško gydymo.

3. Susirgo 1934.III.2 d. Oper. 20 d. — III.22 d. Perthes'o metode. V.23 d. užgijo.

VI.4 d. vėl įstatytas drenas — nesugijo.

1935.I.3 d. torakoplastika. Rezekuoti Schédé's būdu IX—IV šonkauliai. Įdėtas drenas iš jodoforminės marlės ir $^2/_3$ pjūvio viršuje susiūta. T^0 aukšta, pūliuoja. Nesugijo. Pūlių teka nedaug. Kartotinai operuotis nesutiko. Išrašytas 1935.XII.12 d. (baltymų pėdsakai 1934.III.5 d.).

1936.XI.17 d. sugrįžo, operuotas 1937.IV. 8 d. Rasta tuštymas paravertebralinėje srityje, pilnas pūlių. Per siaurą fistulę maža pūlių tegalėjo ištekėti. Labai iš lėto tuštymas užsipildo. (Turi apie $2^0/_{00}$ baltymų).

4. Ligonis turi fistulę, kuri atsirado del bronchinės fistulės.

1929 metais daryta pleuro-empyema sinistrum operacija. Išrašytas neužgijęs su fistule. Karo ligoninėje gulėjo 4 kartus.

1937.XI.29 d. fistulės operacija. Rastas plaučiuose tuštymas, panašus į maišo pavidalo bronchoektaziją, 6—8 cm. ilgumo, 3 cm. diametro, į kurį atsidaręs bronchas apie 7 mm. diametro. Operacijos metu plona tuštymo

sienelė ekstirpuota ir žemiau broncho angos dviejomis eilėmis ketguto siūlių aklinai susiūta parenchima. Tuštymas tamponuotas jodoformine marle. 1938.I.19 d. išrašytas gerai užgijus fistulei.

Pleuro-empyemų chirurgiškas gydymas Karo ligoninėje 1937 ir 1938 metais davė gana gerų pasėkų. Mirimų nebuvo, ir iš didesnių komplikaciją yra tik dviem fistulė.

Pažiūrėję ankstyvąsias operacijas tarp 10—20 dienų nuo susirgimo pradžios, tai ir Perthes'o metode ir Bühlau'o metode gydant turime trumpesnį gijimo laiką ir mažiau komplikacijų. Turiu pabrėžti, kad tuo tarpu pateko kaip tik lengvesni susirgimai ir del to daryti išvados, kad visi tokie ligoniai reikia operuoti kaip galima anksčiau, negaliu. Jeigu visi būtų tuo laiku operuoti, tai gal gydymo išvados būtų daug blogesnės. Man atrodo, kad reikėtų ieškoti kitokių dėsnių pleuro-empyemos operacijos laikui nustatyti, būtent, vadovautis eksudato rezorbcijos pradžia.

Stebint pleuro-empyemikus ir juos paruošiant operacijai punkcijomis, pasirodo, kad iš pradžių po punkcijos pūlinis eksudatas vėl greit gausėja. Po vėlesnių punkcijų mažiau gausėja ir vėliau pradeda rezorbuotis. Rezorbcija kaip tik yra gijimo pažymys. Šitas ligos persilaužimo periodas ne visų pleuro-empyemikų vienodas. Lengvesni susirgimai greičiau pradeda rezorbuotis, sunkesni — vėliau. Sulyginus skaičius operuotų ligonių eksudacijos metu ir rezorbcijos pradžioje, gal ryškiau ir objektyviau pavyktų įvertinti operacijos laikas. Operacijos laikui nustatyti toliau aš bandysiu šitą dėsnį.

Išvados.

1. Operuojant būtinai vartoti storesnį dreną, apie 20 mm. išorinio diametro. Drenuojant siauru drenu, pūliai nepakankamai nuteka ir susidaro pavojus del mechaniškų priežasčių tuštymui susidaryti.

2. Silpnesniems ligoniams ligoninėje reikalinga duoti kuo geriausios sąlygos.

3. Sunkiai pagydomiems su komplikacijomis plaučiuose, pvz., pneumonia chr. ar tbc. atvejais, reikalingas sanatorinis gydymas.

4. Turiu kartotinai pabrėžti, kad gydytojai turi stebėti ligonius po pleuro-empyemos operacijos ir laiku pastebėti operacijos komplikacijas. Susidariusį pūlinį tolokai nuo pirmykštės operacijos vietos, neatidėliojant gydyti operuojant tinkamoje vietoje.

5. Tuštymų operacijos (thoracoplastika Schédé) daryti radikaliai pašalinant viso tuštymo sienelę ir vėliau atvirai tamponuojant, geriausia, Mikulicz'o metode. Tada pirmutiniai tvarčių pakeitimai esti ne taip skausmingi ir nenukenčia granuliacijos. Vėliau žaizdai išsivalius kraštai galima suartinti siūlėmis.

6. Radus eksudate streptokokų, nėra reikalo laukti rezorbcijos ir pagijimo be operacijos, nes toks pagijimas ilgai užtrunka ir atrodo organizmui daugiau žalingas, negu kad laiku atlikta

chirurgiška intervencija, daugeliu atvejų tik pavėlina operaciją, pailgina ir pasunkina gydymą.

Praslinkus 6—8 savaitėms, pasirodo, kad eksudatas, kuris jau atrodė susilikvidavęs, vėl pradeda didėti. Reikalinga būtina pavėluota operacija. Ligonis per šitą laiką esti gana nusilpęs ir nustojęs atsparumo.

Kaip pastebėta iš šitos ligonių serijos, tuštymas (Resthöle) susidaro del pavėluotos operacijos, ypač jei operuojama praslinkus 2 mėnesiams.

Schlussfolgerungen.

1. Bei der Operation ist unbedingt ein grösserer Drain, etwa 20 mm. Durchmesser, anzuwenden. Drainiert man mit einem schmalen Drain, so ist der Eiterabfluss ungenügend u. es bleibt die Gefahr, wegen mechanischer Bedingungen, der Bildung einer Resthöhle.

2. Schwache Kranke müssen im Krankenhaus besonders guten Bedingungen ausgesetzt sein.

3. Schwer heilbare Kranke mit Lungenkomplikationen, z. B. einer pneumonia chron. oder Tuberkulose bedarfen einer Behandlung im Sanatorium.

4. Es ist hervorzuheben, dass die Arzte ihre operierten (Empyem) Kranken nach der Operation gut nachsehen um zeitig die Komplikationen zu finden. Der sich weit von der Operationsstelle bildende Eiterherd muss sogleich an passender Stelle operiert werden.

5. Die Operation der Resthöhle (Thorakoplastik Schédé) mus radikal ausgeführt werden, d. h. die ganze Wandung der Resthöhle entfernt; später offen tamponieren, am besten nach der Methode von Mikulicz. Dann sind die ersten Verbandwechsel weniger schmerzhaft u. die Granulation leidet weniger. Später, wenn sich die Wunde gereinigt, können die Ränder mit Nähten aneinander gebracht werden.

6. Findet man im Exsudat Streptokokken, dann soll man nicht auf eine Resorption u. Heilung ohne Operation warten, denn eine derartige Heilung dauert sehr lange u. schadet dem Organismus ausscheinend mehr, als eine zeitig vorgenommene Operation.

Wartet man 6-8 Wochen, dann sieht man, dass das Exsudat, das scheinbar schon verschwunden war, wieder grösser wird. Es ist eine verspätete Operation unbedingt nötig. Der Kranke ist während dieser Zeit sehr schwach u. verliert seine Widerstandsfähigkeit.

Wie aus dieser Krankenserie ersichtlich, bildet sich die Resthöhle wegen verspäteter Operation, besonders wenn erst nach 2 Monaten operiert wird.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“**. „Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 700—702 psl.).

II.

Dr. J. Zemgulys.

Aktinomikozė Vakarų Lietuvoje.

(L. Raud. Kryž. Klaipėdos ligoninės duomenimis).

Šito pranešimo tikslas yra atkreipti gerb. kolegų dėmesį į tą faktą, kad aktinomikozė Vakarų Lietuvoje pasitaiko ne taip retai, dažniau, kaip kalbama. Mano subjektyvus įspūdis yra tas, kad aktinomikozė Vakarų Lietuvoje pasitaiko net žymiai dažniau, kaip, sakysime, Kauno srityje. Per paskutiniuosius 14 mėnesių mūsų ligoninės chirurgijos skyriuje buvo 6 aktinomikozės atsitikimai. Kadangi tie atsitikimai gana įvairūs ir būdingi, tad leisiu sau trumpai paminėti jų ligų istorijų santraukas.

I. **V. K.**, 22 metų amž., moksleivis iš Telšių, gulėjo mūsų ligoninėje apie 1 mėn. (nuo 1937.II.13 d. iki 1937.III.11 d.). Jam per 2 mėn. prieš atvykstant į ligoninę skaudėjo dantis. Dantistė buvo tą dantį sutaisiusi. Vėliau iš palengvo išsipūtė kair. žandas. Pas mus atvyko su plačiu, kietu infiltratu prie kairiojo žandikaulio kampo ir po juo. Punktate radome aktinomikozės grybelių. Gydėme jodu, rentgeno spinduliais, kompresais, vėliau tango ir ichtyoliu. Išsirašė gydytis namie su gausiai pūliuojančiomis, prafrūkusiomis fistulėmis, bet žymiai sumažėjusiu infiltratu.

II. **J. V.**, 25 metų amž., pasienio policininkas, iš Kunigiškių km., Palangos v. Ligonis gyvenąs Palangos krašte jau vienerius metus. Turėjęs arklį. Mėgdavęs kartais su šiaudu dantis pakrapštyti. Be to, turi nevisiškai išdygusius proto dantis. Del to nuolat tose vietose būdavę gingivitai. Susirgęs 1937 m. birželio mėn. gale. Pradėjęs skaudėti ir sutinęs dešinysis žandas. Nuo naminio gydymosi sutinimas nemažėjęs. Atsigulęs ligoninėje pernai VII.14 d. ir gulėjęs 24 dienas. Deš. žando pusė buvo rasta sutinusi, skaudama, vienoje vietoje fliuktuuojanti. Trismus. Padarius inciziją VII.16 d., ištekėjo gana daug dvokiančių pūlių. Po to iš pradžių pagerėjo, bet paskui vėl pablogėjo. VII.27 d. nauja incizija, naujas pagerėjimas. Išsirašė iš ligoninės. Namie pablogėjo. Tada, iš naujo atsigulus į ligoninę 1937.X.5 d., nauja incizija (X.7 d.). Po kartotinių tyrimų buvo atrasta aktinomikozės grybelių. Pradėtas gydymas jodu, timoliu, rentgeno spinduliais, ichtyoliu, ištrauktas nevisiškai išdygęs proto dantis iš dešin. pusės apačios. Išbuvęs ligoninėje 4 mėnesius, ligonis išsirašė 1938.II.3 d., turėdamas vos žymų infiltratą, neturėdamas tinimo ir skausmų.

III. **D. P.**, 58 metų amž., ūkininkas iš Tubausių km., Kretingos v. Atvyko į mūsų ambulatoriją 1937.XII.17 d. Jau trečias mėnuo kaip skaudanti ir patinusi dešinioji veido pusė. Visai mažai tegali prasižioti. Turi daug kariozinių dantų, ypač dešiniosios pusės apačioje. Čia prie krūminio danties šukės yra net gleivinės opelė. Dešin. kaklo pusėje nuo ausies kriauklės apačios ir visoje dešin. pažandėje yra kumščio didumo kietas infiltratas; jo viršuje oda kiek paraudusi. Infiltratas karštesnis ir spaudžiant skaudamas. Antras kietas infiltratas yra dešiniajame smilkinyje. Jo vidurys suminkštėjęs; tą vietą paspaudus į burną teka geltonas skystis su baltomis kruopelėmis. Mikroskopiško ištyrimo nebuvo daryta, nes ligos vaizdas buvo ir, be to, labai būdingas aktinomikozei. Padaryta rentgeno nuotrauka, kuri pakitimų kauluose neparodė. Padarytos incizijos, 1-as rentgenoterapijos seansas. Ligonis gydėsi ambulatoriškai, buvo atvykęs 3 kartus. Dabar iš visų fistulių liko tik viena, infiltratai sumažėjo, išsižioti gali daugiau.

IV. **R. E.**, 49 metų amž., šeimininkė, pjoviko žmona, iš Rietavo. Jokio ypatingo kontakto su javais niekada neturėjusi. Ligonė susirgusi 1937 m. rugpjūčio mėn. vidurių šiltine. Gydžiusis vieną mėn. namie. Po

ligos galėjusi vaikščioti ir valgyti, kas patikę. 1 mėn. po ligos ligonei pradėjusi skaudėti dešinioji koja nuo liemens iki kelio, pakilusi temperatūra, nustojusi apetito. Nuo antrosios ligos pradžios ligonė 2 mėn. dar vaikščiojusi, o dabar jau 1 mėnuo kaip gulinti. Atvyko į ligoninę 1938.I.13 d. Čia radome didelį, platų, kietą infiltratą ileocekalinėje srityje, o antrą infiltratą, vietomis suminkštėjusį, traškantį ir fliuktuuojantį, radome užpakalyje, žemiau crista ossis ilei dex. Padarius punkciją, ištraukta 30 kb. cm. tirštų, pūlingų, dvokiančių skysčių. Mikroskopu juose rasta aktinomikozės grybelių. Dubens nuotrauka patologiškų pakitimų kauluose neparodė. Hemoglobino 35%. Widal'io r. neigiama Ligonei buvo padarytos 2 mažos incizijos, išėjo putotų pūlių, po to ligonė pasijuto geriau. Padaryti 3 seansai jod-jontoforezės pagal Wassmund'ą — nieko geriau nepasidarė. Ligoninėje išgulėjo 3 mėn., buvo gydyta jodu, rentgeno spinduliais — iš pradžių buvo šioks toks pagerėjimas, bet paskui sugrįžo į tą patį stovį, kuriame buvo atvykusi. Infiltratai buvo tokie dideli ir platūs, jog dviem rentgeno laukais negalima buvo apimti, o leidžiant daugiau laukų ar duodant didesnes spindulių dozes, užeidavo rentgeno slogutis su galvos svaigimu, vėmimais ir kitais bendrais reiškiniais.

V. **M. P.**, 30 metų amž., siuvėjas, iš Grušlaukės km., Darbėnų v. Iki 17 m. amžiaus dirbęs laukų darbus. Pradėjęs siūti, kai dar sveikas buvęs. Bet po kelerių metų pasijutęs turįs nesveiką skrandį. Atsirūgstąs. Nuo praeitų metų spalio mėn. kankinąs sausas kosulys. Šių metų sausio - vasario mėn. turėjęs skrandžio ligos paūmėjimą. Nuo sausio mėnesio kairioje krūtinės pusėje pradėję augti navikai. Atvyko į ligoninę kovo mėn. 21 d. Tada kairioje krūtinės pusėje iš pryšakio ir iš šono rasti paraudę infiltratai, kurių vidurys suminkštėjęs. Padarius punkciją, rasta aktinomyces grybelių. Vėliau III.24 d. atsigulė į ligoninę, kur abscesai buvo prapjauti ir pripilti jodo. Be to, jam aktinomyces grybeliai buvo rasti ir skrepliuose. Padarius nuotrauką rasta: plaučių piešinys sustiprėjęs; kairiame apatiniame plaučių kvadrante difuziškas patamsėjimas, ypač prie širdies viršūnės. Vaizdas nuotraukoje nebūdingas: toks vaizdas gali būti ir pneumonijos, ir tbc. ir auglio atvejais. Gydėsi jodu, rentgeno spinduliais. Ligonis gulėjo ligoninėje 1 savaitę. Atvyko dar balandžio mėn. 7 d. Tada rasta: senieji infiltratai išnykę, liko mažos, švarios, balta apylinke opelės, baigiančios gyti. Bet atsirado naujas abscesas kairioje proc. xyphoideus pusėje; jis prapjautas ir t. t. Rentgenoterapijai ligonis pinigų nebeturi.

Vl. **S. J.**, 25 metų amž., ūkininko sūnus iš Aisėnų km., Veiviržėnų v. Atvyko į mūsų ambulatoriją 1938.III.29 d. Prieš 6 sav. pamažu pradėjęs augti navikas dešiniojoje kaklo pusėje po žandikauliu. Iš pradžių nedaug teskaudėję, krėtęs šaltis, dabar jaučiąs veržimą ir negalįs pakankamai prasižioti. Dabar navikas yra obuolio didumo, neaiškiomis ribomis, suaugęs su oda, su žemutiniu žandikauliu nesuaugęs, spaudžiant skaudamas. Burnoje yra kariozinių dantų. Po 10 dienų infiltrato viduje pasidarė suminkštėjimas, kuriame, padarius punkciją, rasta pūlių su aktinomyces grybeliais. Į abscesą įleista tymolio skiedinio, pradėtas gydymas jodu ir rentgeno spinduliais. Vėliau infiltrato viduje atsirado suminkštėjimas, kurs buvo prapjautas ir pripiltas jodo. Gydymas tebetęsiamas ambulatoriškai jodu į vidų ir jodkalio tepalu iš viršaus.

Žinoma, aktinomikozės atsitikimų mūsų ligoninėje pasitaikydavo ir anksčiau, tik nevisada buvo galvojama apie aktinomikozę ir nebuvo daroma specialaus mikroskopiško tyrimo. Tie atsitikimai būdavo palaikomi chroniškais abscesais, šonkaulių abscesais, chroniškomis pneumonijomis, apendicitais ir panašiomis ligomis.

Antra vertus, ir tat svarbiausia, mikroskopiškas aktinomikozės suradimas dažnai reikalingas nepaprastai didelio vargo. Punktato pūliuose toli gražu ne visada tegalima rasti drūzų

Reikia tirti granuliacijos. Bet ir jose kartais grybelių nerandama. Tada P a y r pataria daryti mažas mėginamąsias ekscizijas. Apskritai, tenka padaryti ne vienas mikroskopiškas preparatas ir ne vieną kartą tam pačiam ligoniui ieškoti grybelių. Svarbiausias dalykas ištyrimui yra tinkamas medžiagos parinkimas siuntimui į laboratoriją. Iš pūlių reikia makroskopiškai išrinkti drūzos arba tie pūlių gabalai, kuriuose dažniausiai esama drūzų. Visos granuliacijos reikia rūpestingai ir smulkiai peržiūrėti, bet siųsti tik tos, kuriose matoma drūzų arba kur labiausiai galima įtarti, kad čia jų esama Prieš darant eksciziją, reikia gerai apžiūrėti ir imti audinių gabaliukas tik iš tos vietos, kuri atrodo nesveikiausia, arba kur numatomos drūzos. Bet kuris punktatas arba bet kurios pakliuvusios granuliacijos siųsti maža teturi prasmės, nes tada aktinomyces, dažniausiai, nerandamos. Rašoma, kad aktinomyces grybelių kultūros išauginti visada pasiseka, jei tik jos kultivuojamos anaerobiškai. Mes jų dar nekultivavome.

Buvo anksčiau pas mus atsitikimų, kliniškai labai panašių į aktinomikozę, kuriuose mes tačiau aktinomyces neradome, mano nuomone, del nemokėjimo ieškoti, tirti ir pažinti. Pavyzdžiui, paminėsiu vieną atsitikimą.

T. B., 22 metų, iš Padaujų km., Sintautų v., Šakių apskr. Nežinoma, kiek laiko ji gyvena Vakarų Lietuvoje. Atvyko į mūsų ligoninę 1936.X. 10 d. Jau 8 mėn., kai pamažu pradėjęs skaudėti dešinysis skruostas. Iš pradžių skausmai užeidavę ir praeidavę, bet dabar jau jie 4 mėn. kaip nebepraeiną. Apžiūrėjus rasta: aplink dešinįjį burnos kampą yra gana kietas patinimas, susijęs su apatiniu žandikauliu, patinimas eina nuo kaulo aukštyn ir žemyn, masseter infiltravęsis; burną atidaro tik per 1,5 cm. Rentgenologiškai rasta: lengvas periostitis ossificans prie angulus mandibulae. Buvo padarytos 3 punkcijos (X.26 d., XI.14 d. ir XI.21 d.). ištraukta kruvinų skysčių, kuriuose aktinomyces nerasta. Kitais būdais (be punkcijų) grybelių nebuvo ieškota. Ligonė gulėjo ligoninėje 5 savaites, buvo gydoma jodu, rentgenoterapija ir ichtyoliu. Išsirašė su atslūgusiu, baigiančiu gyti veidu, prasižioti gali žymiai daugiau, kaip kad atvykusi į ligoninę.

Kadangi mūsų krašte esama ne tik veido ir kaklo, bet ir plaučių bei žarnų aktinomikozės, todėl reikia manyti, kad jos esama ir kitų organų, tik jos diagnozė nenustatoma. Juk aktinomikoze nė vieno audinio nesigaili, išskyrus lymfines liaukas ir iš dalies gleivinę. Kaip yra žinoma, būna aktinomikozinių glositų, tonzilitų, ezofagitų, gastritų, tyflitų, apendicitų, pneumonijų, pleuritų, osteomyelitų, spondylitų, net generalizuotos aktinomikozės (nuo embolijų). Esti kepenų, inkstų, blužnies, ovarų, ausų kaulų, smegenų, net n. optici aktinomikozės. Esti lūpų, colon, rectum'o, odos aktinomikozės, kurios neretai palaikomos tų vietų karcinoma, o slankstelių šonkaulių ir odos aktinomikozė palaikama tų organų tuberkulioze. Fistulae ani et stercorales palaikomos neaiškios kilmės arba postflegmoninėmis fistulėmis. Del tikslesnės diagnozės mes dabar ieškome aktinomyces visais atsitikimais, kur infiltratas ilgiau laikosi arba pasikartoja abscesai.

Kliniškoje aktinomikozės eigoje svarbu pažymėti tat, kad dažniausiai yra mišri infekcija. Kokai ir kitos bakterijos leng-

vina kelius aktinomikozinei infekcijai ir ją agravuoja. Nuo to pareina ir temperatūra. Gryna aktinomikozė neduoda temperatūros arba būna subfebrili temperatūra, bet nuo mišriosios infekcijos t^0 gali ir labai pakilti. Pvz., mūsų IV. ats. temperatūra dažniausiai buvo apie 36,5^0—38,5^0 C. Visa liga įgauna tada pyogeninės infekcijos vaizdą. Del to nieko stebėtina, jei kartais atrodo, kad aktinomikozė prasideda lyg staiga kaip karštas abscesas ar flegmona.

Aktinomikozės etiologijos, patogenezės, simptomatologijos ir klininės eigos aš čia neliesiu, nes nieko negaliu pridėti prie to, kas rašoma vadovėliuose.

Trumpai pakalbėsiu apie **gydymą**, kurį mes esame išmėginę savais atsitikimais. Pigiausias ir patikimiausias vaistas lieka jodas. Mes duodame t-ra jodi 5% 30 lašų 3 kartus per dieną su pienu. Be to, opos ir fistulės gyja gana gerai, jei pripilamos, palaikomos pripiltos ir tamponuojamos su 10% t-ra jodi. Opoms geriausiai tinka 20% ung. kali jodati, ung. ichtyoli. Vartojome dviem atsitikimais tymolį (10—20%) su ol. olivar. 2 kb. cm. į fistules kasdien ar rečiau ir 1,0—2,0 kapsulėse į vidų kas 1—2 dienos, bet veikimas buvo silpnesnis negu jodo. Vienai ligonei, sirgusiai aktinomycosis ileocoecalis esame mėginę jod-jontoforezę, (3 seansus), bet jokio rezultato nepastebėjome, gal del to, kad aktinomikozinis procesas buvęs labai išplitęs, o visoks (internistiškas, chirurgiškas, rentgeniškas) gydymas tepadeda tik pradžioje, o gal del to, kad vidurių ir plaučių aktinomikozėje paprastai niekas nepadeda. Operacijų, be mažų incizijų su atsargia ekskochleacija ištyrimui, nėsame darę, nes atrodė, kad radikalesnėmis operacijomis galima daugiau pakenkti kaip pedėti. Labai padeda ir yra būtinas reikalas tuojau sutvarkyti dantis ir pašalinti gingivitą. Rentgeno-terapija ne visada tegalima pavartoti del jos brangumo, del infekcijos išplitimo ir ligonio silpnumo; daugiausia ji padeda cervikofacialinės aktinomikozės atsitikimais, kurių, tiesa, ir būna daugiausia (60%).

Atrodo, kad mažos dozės su aliuminio filtru veikia geriau negu didelės su vario filtru. Mūsų patyrimu, geriausia dozė yra 3 Al. 200 R. vieną kartą per savaitę, 4 kartus.

Vakcinoterapijos ir gydymo lymfinių liaukų ekstraktu nėsame vartoję del negalėjimo jos gauti nei pasigaminti.

Apskritai, nelengva yra pasakyti, kas kiek padeda, kadangi, kaip kad rašoma, būna ir gerybinių atsitikimų, kurie išgyją ir negydomi, antra vertus, apie išgijimą galima kalbėti tik po ilgesnio laiko, nes būna ir recidyvų.

Résumé.

L'actinomycose en Lithuanie occidentale.

L'auteur affirme, que l'actinomycose se rencontre dans la partie occidentale de la Lithuanie et qu'elle est là plus fréquente que dans les environs de Kaunas. Il nous en donne 6 cas, observés dans les derniers

14 mois à l'ou est de la Lithuanie. Pour le diagnostic; le plus important est de chercher et de choisir minutiensement la matière pour envoyer au laboratoire. Ou ne doit envoyer que les tissus, qui sont déjà macroscopiquement suspects. Quant au traitement, ce sont les grandes doses de iodure par voie interne et externe et la radiothérapie avec le filtre d'aluminium de 3 mm., qui semblent être les plus efficaces. La santé et l'état parfait des dents est la condition indispensable d'un succès de traitement de l'actinomycose cervicofaciale.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“.** „Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 702 psl.).

III.

Gyd. B. Zacharinas (Kaunas).

Vietinės anestezijos kombinacija su intravenine morfio=skopolamino=kofeino injekcija.

Anestezijos problema būsimame kare iki šiol nėra pakankamai išspręsta. Del nuodingų dujų vartojimo kare inhaliacinės anestezijos būdai beveik visiškai, tur būt, nebus vartojami. Daugelis nunuodytų del kvėpuojamųjų organų patologiškų pakitimų teks operuoti be narkozės, kad dar daugiau neapsunkintume jų kvėpavimo. Vokiečiai ir prancūzai daug viliasi nuo evipan-natrium'o ir nuo vietinės anestezijos.

Bet ne visais atvejais galėsime pasitenkinti vietine bei regionine anestezija. Teks ji kuo nors paremti.

Prieš keletą metų Kirschner'io buvo pasiūlyta vartoti vietinės anestezijos kombinacija su intravenine eucodal-scopolamin-ephetonin'o injekcija. Šita kombinacija esame labai patenkinti ir plačiai ją vartojame didesnėms pilvo operacijoms, ypač nusilpusio ar senesnio amžiaus pacientams.

Bet turint galvoje, kad būsimojo karo metu sunku bus gauti iš užsienių daugelis tos kombinacijos ingredientų, aš atsargiai pamėginau loko-regioninę anesteziją su 0,5% sol. novocaini be adrenalino plus *morfio-skopolamino-kofeino* intra venam.

Pradėję vartoti siūlomąjį anestezijos būdą, mes anksčiau darydavome vietinę anesteziją, o, ją atlikę, duodavome intra venam mūsų mišinio. Vėliau pradėjome kartu davinėti mišinį ir daryti vietinę anesteziją. Dabar mūsų patyrimas rodo, kad reikia įšvirkšti intra venam mūsų mišinio 15-20 min., net $^1/_2$ val. prieš pradedant daryti loko-regioninę anesteziją.

Anestezijos tvarka ši: $^3/_4$ valandos prieš pradedant operuoti ligonis gauna į poodį 0,01-0,015 morfio. 15-20 min. prieš pradedant daryti loko-regioninę anesteziją, įpilame ligoniui intra venam mišinio, susidedančio iš 0,015 morphi muriat., scopolamini 0,0005 ir 0,2 coffeini natrio-benz. Švirkšti patartina negreit, visą porciją maždaug per 2—3 minutes.

Pavyzdžiui paimsime kelias ligų istorijų ištraukas:

1. **B—ius Petras,** 41 metų amž., lig. ist. lapo 18/1.938 nr., 65 kg. svorio, dieną prieš operaciją tvinksnis buvo 58-60 kartų per min., kraujospūdis 105 R. R.

Herniotomia, appendectomia, atheroma digiti pašalinimas.

8 val. 30 min. suleista po oda 0,015 morfio. Operuoti patarta vietinėje anestezijoje. 9 val. 20 min. viet. anestezijos pradžia. Lig. nervinasi, kliudo anesteziją atlikti. 9 val. 25 min. įšvirkšta intra venam 0,015 morfio, 0,0005 skopolomino ir 0,2 kofeino. 9 val. 35 min. operacijos pradžia.

Per didelį, atseparuotą nuo hernios elementų, maišą ištrauktas gana ilgas vėdarėlis (apendiksas), priaugęs prie pamato su vienuogale žarna; vėdarėlis nepasiduoda pakankamai ištraukiamas; kad būtų patogu likviduoti vėdarėlio pamatas, asistentas turi noroms nenoroms traukti vienuogalę žarną operacijos metu. Visa manipuliacija su vėdarėlio ieškojimu, traukimu, mesenteriolum'o atidalinimu ir t. t. eina be kliūčių iš ligonio pusės. Operacijos metu ligonis snaudžia, bet paklaustas atsakinėjo mieguistas į klausimus.

10 val. 20 min. operacijos pabaigoje daro įspūdį pusiau miegančio žmogaus. Naktį gerai miegojo, negavęs jokių raminamų vaistų, skausmais nesiskundžia nei tą pačią, nei kitą po operacijos dieną.

Kraujospūdžio, tvinksnio, kvėpavimo lentelė:

	9 v. 15 m.	9 v. 32 m.	9 v. 40 m.	9 v. 47 m.	9 v. 53 m.	10 v. 30 m.
Kraujospūdis	110 mm.	150 mm.	145 mm.	149 mm.	135 mm.	129 mm.
Tvinksnis (pulsas)	84	104	84	78	80	78
Kvėpavimas	18	18	18	17	18	18

2. **D—ys Mikas,** 47 metų amž., ligos ist. lapo 17/1.938 nr., 81 kg. svorio, dieną prieš operaciją tvinksnis 60, kraujospūdis 95 R. R.

Hydrocele testis magna dvejų metų vaiko galvos didumo. Labai bijo operacijos. 10 val. įleista į poodį 0,015 morfio. Vaitojo jau vien nuo injekcijos. 10 val. 30 min. įšvirkšta intra venam 0,015 morf., 0,0005 skopolamino ir 0,2 kofeino. 10 val. 35 min. vietinės anestezijos pradžia. 10 val. 45 min. operacijos pradžia (Winkelmann-Mintz'o būdu). 11 v. 30 min. operacijos pabaiga.

Visa operacija neskausminga. 10—15 min. nuo operacijos pradžios pradėjo snausti, bet paklaustas į klausimus atsakinėjo kiek mieguisto žmogaus tonu. Į kiaušiuko traukimą ar spaudimą visiškai nereagavo. Į paklausimą, ar skauda, atsakydavo neigiamai. Kiek išprakaitavo. Į odos siuvimą truputį reagavo, bet darbui nekliudė.

Skausmais nesiskundė nei operacijos dieną, nei vėliau. Gerai miegojo be vaistų.

	10 v. 25 m.	10 v. 38 m.	10 v. 43 m.	10 v. 50 m.	11 v.	11 v. 10 m.	11 v. 30 m.
Kraujospūdis	150	160	165	160	145	150	145
Tvinksnis	72	68	68	68	68	70	68
Kvėpavimas	18	19	18	18	18	22	24

3. **L-as Teodoras,** 52 metų amž., ligos ist. lapas 47/1.938 nr., svoris 50 kilogramų, prieš operaciją tvinksnis 54, kraujospūdis 125 R.R. Prieš 6 metus del ulcus duodeni padaryta gastro-enteroanastomosis retrocolica posterior. Visą laiką buvo sveikas, paskutiniu laiku vėl prasidėjo skausmai po valgio, tąso vemti. Rentgenologiškai anastomozė susiaurėjo, blogai veikia; gerai funkcijuoja dvylikapirštė žarna, atrodo sveikas. Nutarta padaryti degastroentero ir prireikus rezekcija.

8 val. 40 min. 0,02 morfio po oda.
9 val. intra venam morfio 0,02, skopolamino 0,0005 ir kofeino 0,2.
9 val. 15 min. vietinė anestezija.
9 val. 30 min. operacijos pradžia.
13 val. 10 min. operacijos pabaiga, t. y. 3 val. 40 min. užtruko operacija. Padaryta degastroentero-, entero-entero, end to-end ir resectio Reichel-Polya būdu su trumpa kilpa, žemiau entero-entero. Be pjūvio vietinėje anestezijoje įšvirkšta novokaino į peritoneum parietale, iš abiejų pjūvio pusių, apšvirkštas omentum majus ties visa mums prieinama curvatura major ir omentum minus ties curvatura minor. Operacija vyko be išsipūtimų, be kliūčių, be dejavimo. Ligonis atsakydavo į klausimus, snausdavo, skausmais nesiskundė traukiant skrandį, ieškant anastomozei kilpos, atskiriant suaugimus ir anastomozę nuo mesocolon'o. Kiek skundėsi užsiuvant pilvą, bet taip pat netrukdė operacijos baigti.

	8 v.	9 v. 10 m.	9 v. 15 m.	9 v. 35 m.	10 v. 15 m.	11 v. 05 m.	12 v. 05 m.	12 v. 50 m.
Kraujospūdis . .	125	160	180	170	170	175	165	165
Tvinksnis . . .	54	78	82	92	68	86	78	102
Kvėpavimas. . .	19	20	20	22	19	21	20	20

Nuo 9 val. 20 min. prasidėjo fiziologiško skiedinio ir gliukozės intraveninė infuzija, kaip paprastai pas mus daroma didesnių pilvo operacijų metu: duota 1.800 fiziologiško ir 300,0 40% gliukozės. 12 val. 40 min. duota dar 0,2 kofeino intra venam.

Ypatingai ramina šitos anestezijos metu kraujospūdžio lygis. Didesnių pilvo operacijų metu yra be galo svarbu išlaikyti tasai veiksnys tam tikroje aukštumoje.

Tenka kai kada didesnės, ilgiau užtrukusios operacijos metu pridėti dar morfio intra venam. Nieko blogo iš to nesu matęs. Vienos **skrandžio rezekcijos** operacijos metu, maždaug praėjus valandai nuo operacijos pradžios, 47 metų ligonis, 67 kilogramų svorio, duodenum ir suaugimus sunkiai atskiriant nuo pankreas'o (ulcus penetrans), teko duoti dar 0,015 morfio intra venam. Ligonis nurimo ir operacija pavyko lengvai baigti be komplikacijų bei trukdymų iš ligonio pusės.

Esame siūlomuoju būdu patenkinti, jokių komplikacijų kol kas nesame turėję ir galime ramia sąžine pasiūlyti kolegoms išmėginti tą visai paprastą anestezijos metodę, kuri, man rodos, gali tikti karo metu karo chirurginėms įstaigoms, kur teks operuoti dujų apnuodytieji ar sužeistieji kariai, kurių dauguma yra neatsparūs, išvarginti hypotonikai.

Autoreferat.

Eine Kombination der örtlichen Betäubung mit intravenöser Injektion von Morphium-Skopolamin-Coffein.

Vorgeschlagen wird eine vom Autor angegebene Methode zur örtlichen Betäubung durch eine intravensöse Kombination mit Morphium-Skopolamin-Coffein. Damit wird die von Kirschner angegebene Anästhesie mit Eukodal-Skopolamin-Ephetonin modifiziert.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“.** „Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 702—703 psl.).

IV.

Gyd. J. Fridmanas,
Kauno Žydų ligoninės chirurgijos skyriaus asistentas.

Hypochloremijos simptomų kompleksas ir hypertoninių natrium chloratum skiedinių vartojimas klinikoje kovai su hypochloremija.

Iki paskutiniųjų laikų buvo kreipiama maža dėmesio į chloro kraujyje kiekio sumažėjimą, nors pastarojo reikšmė diagnozei, prognozei bei terapijai yra be galo didelė.

Yra žinoma, kad normaliai žmogaus kraujas turi chloro apie 0,35%. Kadangi organizme daugiausia chloras susijungęs su natriu, tai priimta chloro kraujyje kiekis matuoti narium chloratum kiekiu. Natr. chloratum žmogaus kraujyje normaliai yra 560—600 mg. %.

Natrium chloratum yra viena iš svarbiausių būtina kraujo ir audinių dalis. Jo kiekis plazmoje vaidina nepaprastą vaidmenį žmogaus organizme. Nuo jo pareina kraujo ir audinių syvų osmozinis spaudimas.

Eksperimentais įrodyta, kad įvairių laipsnių chloro kiekio sumažėjimas sutrikdo įvairių organų funkcijas, kaip antai: virškinamojo trakto, centrinės nervų sistemos, medžiagų apykaitos ir t. t. Organizmo natrium chloratum reikalavimas yra instinktyvus (resp. automatiškas).

Sveiko žmogaus kraujas turi tam tikrą nustatytą molekulinę koncentraciją, todėl įvairios organizmo druskos esti nuolatinėje pusiausvyroje. Natrium chloratum kiekio sumažėjimas sutrikdo druskų pusiausvyrą, kurios padarinys yra molekulinės koncentracijos sumažėjimas.

Pirmasis chloro kiekio sumažėjimą organizme nustatė amerikietis Mac Callum 1920 metais. Vėliau 1923 metais Hoden nustatė, kad hypochloremija įvykstanti esant žarnų nepraeinamumui. 1928 metais Blum ir Rottari įrodė savo darbais, kad yra glaudus sąsyjis tarp natrium chloratum kiekio sumažėjimo ir azoto padidėjimo tuo būdu, kad vienas pareinąs nuo antro. Šitą reiškinį jie pavadino „hyperazotemie par manque de sel".

Kaip šitas reiškinys aiškinamas?

Iš fiziologijos yra žinoma, kad inkstai atlieka tam tikras funkcijas ir pirmiausia atpalaiduoja organizmą nuo nereikalingų medžiagos apytakos produktų. Inkstų ekstraktai „šlapimai" turtingesni vandenilio (H) jonais negu kraujas ir reaguoja į rūgštį tuo būdu, kad inkstai reguliuoja kraujo šarmingumą.

Natrium chloratum kiekio sumažėjimas numuša kraujo molekulinę koncentraciją ir pakeičia kraujo reakciją, kas sukelia inkstų veikimo nepakankamumą. Inkstai neišskiria gerai azoto liekanų, del kurių būna minėtoji hyperazotemija.

Hyperazotemija, kaip hyperchloremijos padarinys skiriasi nuo tikrosios hyperazotemijos tuo, kad hyperchloremijos atvejais atsiranda leukopenija, kuri, pavartojus racionalią terapiją, pranyksta kartu su hyperchloremija.

Įvairaus laipsnio hypochloremija būna dažniausiai pooperacinio periodo metu arba esant viduriavimams, vėmimams; taip pat karštligėse, kai ligonis prakaituoja, be to, fosforu, sublimatu apsinuodymo atvejais, arba pavartojus Hg. preparatų kaip, pvz., salirganą, novurit'ą etc. Tais atvejais įvyksta druskos emigracija iš kraujo į audinius.

Hoden ir Ohr įrodinėjo, kad žymus chloro kiekio sumažėjimas esąs žarnų nepraeinamumo atvejais. Galovnič'iui, tiriančiam chloridus kraujyje ūminiais žarnų nepraeinamumo atvejais, pasisekę nustatyti glaudus sąsyjis tarp nepraeinamumo lokalizacijos, intoksikacijos laipsnio ir chloridų kiekio kraujyje: juo aukščiau žarnose esanti obstrukcija, tuo chloridų kritimas esąs didesnis.

Hypochloremijos atsiradimas ileus'o atsitikimais aiškinimas įvairiai: vieni mano, kad hypochloremija esanti tik del vėmimo — atsiranda chlorido nuostolis kraujyje, nes chloridai pasišalina kartu su vėmalais; tačiau neaišku, kodėl esti chloridų kiekio sumažėjimas tais atvejais, kai nėra vėmimo, pvz., volvulus S-romanum arba eksperimentiškai triušiui, kuris visai nevemia.

Šita hipotezė palaikoma Trusler'io, Kač'o, Auer'o ir kitų autorių. Pastarieji bandymais su gyvuliais nustatė, kad esąs tam tikras santykis tarp chloro kiekio vėmaluose ir chloro kraujyje kiekio sumažėjimo.

Kiti mano, kad toksemijos atvejais chloridai susijungią su toksinais, sudarydami nenuodingus junginius. Kitaip sakant, vykstanti chloro mobilizacija, skirta vienuogalės žarnos toksinams įneutralinti.

Kaip jau teko minėti, kartu su natrium chloratum sumažėjimu eina azoto kiekio kraujyje padidėjimas. Tos hyperazotemijos atsiradimas aiškinamas ne tik inkstų nepakankamumu, bet ir tuo, kad esant hypochloremijai organizmas kompensuoja molekulinės koncentracijos sumažėjimą azoto kiekio padidėjimu.

Natrium chloratum kiekio kraujyje sumažėjimas neretai pasitaiko diabetes mellitus atveju. Sunkiais atsitikimais, kai diabetes jau nepasiduoda insulino terapijai, yra kraujo apytakos sutrikimų ir azoto kiekio padidėjimas, kuris įvyksta del chloro kiekio sumažėjimo.

Pagal Lawrence, reikalinga skirti — paprasta cukrinė koma, kai nėra chloro kiekio sumažėjimo, ir cukrinė koma, kai yra chloro kiekio sumažėjimas; koma su glykozurija ir acidoze vadintina „diabetiniu kompleksu", o koma su kolapsu, azotemija, hypochloremija ir anhydremija — „exsications complex'u". Šitas „exsications complex'as" visai nėra specifiškas

diabetui, bet tik tais atsitikimais, kur yra žymi hypochloremija, kai organizmas yra nustojęs apie 30—40% natrium chloratum.

Hypochloremiją sunkiais cukrinės ligos atsitikimais pirmasis pastebėjo Meyer-Bisch. Jo nuomone, pankreas dalyvaująs natrium chloratum medžiagos apykaitos reguliavime, ir pastarojo funkcijų sutrikimas neigiamai atsiliepiąs organizmo druskų pusiausvyrai.

Peters natrium chloratum kiekio kraujyje sumažėjimą diabetes metu aiškina tuo, kad organizmas nustojęs daug valgomosios druskos del glykozurijos; diabetą lydinti hypochloremija esanti grynai renalinio pobūdžio.

Meyer-Bisch'o hypotezė, kad hypochloremija esanti pankreas'o funkcijų sutrikimo padarinys, patvirtinta bandymais su šunimis: pašalinus šuniui pankreas'ą, natrium chloratum kiekis kraujyje krisdavęs ir šunys 3—4 dieną po operacijos dvėsdavę ne nuo koma diabeticum, bet nuo koma hypochloraemicum.

Jei, be glykemijos ir glykozurijos, dar yra vėmimas, tai tada natrium chloratum kiekio sumažėjimas esti dar didesnis, nes, be renalinio momento, prisideda dar vadinamasis gastrinis hypochloreminis momentas.

Kliniškas hypochloremijos vaizdas primena kai kuriuos uremijos simptomus, kaip antai: bloga savijauta, silpnumas, apetito stoka, negalavimas, šleikštulys, vėmimas, svaigulys, galvos skausmai, neretai ir edemos. Kai natrium chloratum kiekis siekia mažiau kaip 300 mg. %, tada stovis yra labai rimtas, kuris gali kartais pasibaigti katastrofiškai.

Pasitaiko ligonių, kurie esti sunkiame kominiame stovyje; diagnozavus koma uraemicum, gydoma tam tikromis prieš komą nukreiptomis gydymo priemonėmis. Iš tikrųjų, visas kliniškas vaizdas yra hypochloremijos padarinys. Nustačius hypochloremiją ir suleidus intra venam hypertoninio NaCl skiedinio, visi reiškiniai pranyksta. Kaip pavyzdys galima priminti štai vienas mūsų stebėtas atsitikimas:

40 metų amžiaus ligonė staiga susirgo galvos skausmais, svaiguliu ir dažnu vėmimu. Žemutinės galūnės sutinusios. Šlapimuose rasta baltymų apie 1‰, hyal. cilindrų ir nedaug eritrocitų. Buvo pritaikytas priešnefritinis gydymas. Bet, nepaisant tos terapijos ir dietos, vėmimas nesiliovė ir stovis vis blogėjo. Nustačius natrium chloratum kiekį 510 mg. % ir šlapalų (urea) — 64 mg. %, buvo pavartotas hypertoninis natrium chloratum skiedinys intra venam ir vėmimas tuojau pasiliovė. Stovis pagerėjo.

Šitas reiškinys, kad hypochloremija yra lydima hyperazotemijos su aukščiau išvardintais kliniškais simptomais, sudaro vadinamąjį hypochloremijos simptomų kompleksą.

Reikia pažymėti, kad svarbu ne tik absoliutus chloro kiekio kraujyje nustatymas, bet pastarojo santykis su azoto kiekiu (urea arba RN). Normoje santykiavimas turi būti štai koks:

$$S = \frac{\text{Natr. chlor. (NaCl)}}{\text{urea (Ur)}} = \frac{600 \text{ mg. \%}}{40 \text{ mg. \%}} = 15.$$

Ligos eiga ir prognozė pareina nuo santykio didumo. Juo šitas santykis yra mažesnis, juo jis artėja prie vieneto, tuo prognozė yra blogesnė. Kai „S“ (santykis) siekia 3—4, įvyksta koma hyperchloraemicum ir dažniausiai baigiasi mirtimi.

Daugelis mūsų atsitikimų buvo patikrinti laboratoriniais tyrimais. Tirta NaCl ir šlapalų kiekis kraujyje prieš ir po operacijos, prieš ir po hypertoninio NaCl skiedinio intraveninio suleidimo*).

Francūzai tyrė NaCl dar tiksliau, būtent, kraujo serume ir raudonuosiuose kraujo rutuliukuose, bet tat yra per kruopštus darbas ir didelės reikšmės klinikai nesudaro.

Leiskite kaip pavyzdį trumpai paminėti porą atsitikimų:

1. **Š—as Vulfas**, 38 mt. amž. Ligos istor. lapo — 2.812/36 nr. Diagnozė: **gastroenteroptosis.** Operacija: **laparotomia.**

Susirgęs skausmais pilve, kurie persiduodavę į strėnas. Skausmai būdavę prieš ir po valgio. Objektyviai pilvas minkštas, neišsipūtęs, palpuojant skaudamas in regione hypochondrica sinistra. Skrandžio sunkos tyrimas: laisvinis HCl—54, bendrinis HCl—60. Rentgeno duomenys: gastrocoloptosis. Ulc. ventriculi? Slapimų tyrimas: n. yp. Išmatose — ascaris. Morfologinis kraujo tyrimas — be ypatingumo. Prieš operaciją (VI.9 d.) NaCl kraujyje buvo 580 mg. %, o šlapalų — 38 mg. %; S = 15,2. Po operacijos NaCl — 560 mg. %; šlapalų 46%; S = 12,1.

VI.10 d. smarkus vėmimas. Galvos skausmai. NaCl prieš hypertoninio NaCl skiedinio suleidimą. 510 mg. %, šlapalų — 48 mg. %; S = 10,6, o po NaCl suleidimo — 530, šlapalų — 42; S = 12,6.

VI.11 d. NaCl — 572 mg. %, šlapalų — 36 mg. %; S = 15,8. Savijauta gera. Vėmimas visai nustojo. Pasveiko.

2. **M—as Ch.**, 50 mt. amž. Ligos istor. lapo — 3.156/36 nr. Diagnozė: **ca. colonis transversi.** Operacija: **laparotomia.**

6 mėnesiai kaip skaudąs pilvas. Paskutiniu laiku radosi didelis viduriavimas ir skaudamumas. Nustojęs daug svorio. Objektyviai in regione hypochondrica dextra apčiuopiamas grubletu paviršiumi auglys. Šlapimuose ir kraujyje nieko ypatingo. NaCl prieš operaciją (VI.18 d.) — 467 mg. %, šlapalų — 72 mg. %; S = 6,6. Operacija. Iš mesocolon transversum išeina sulig kūdikio galvutės didumo tvirtos konsistencijos grublėtų paviršiumi inoperabilinis auglys.

VI.19 d. po operacijos NaCl — 460 mg. %, šlapalų — 74 mg. %; S = 6,2.

VI.20 d. stiprus vėmimas. Negalavimas. NaCl—510 mg. %, šlapalų — 66 mg. %; S = 7,7.

VI.24 d. visą laiką gauna hyperton. NaCl intra venam. NaCl — 570 mg. %, šlapalų — 60 mg. %; S = 9,5.

VI.25 d. ligonio stovio pablogėjimas. Vėmimas, viduriavimas, galvos skausmai, širdies tonai — labai duslūs, tvinksnis — vos apčiuopiamas, galūnės šaltos, lūpos—cyanoziškos; NaCl — 322 mg. %, šlapalų—82 mg. %; S = 3,9. Exitus letalis.

3. **G—ienė S.**, 79 mt. amž. Ligos ist. lapo — 1.942/36 nr. Diagnozė: **Hernia l. a. incarcerata.**

3—4 dienos, kai esąs pilve auglys pradėjo skaudėti. Šleikštulys, vėmimas. Objektyvai — 3 pirštai žemiau bambos nereponuojamas auglys. Operacija — užleistos įstrigusios kylos herniorafija.

VI.10 d. prieš operaciją NaCl — 520 mg. %, šlapalų — 62 mg. % S = 8,3. Po operacijos NaCl — 480 mg. %.

---

*) Natrium chloratum kiekiui kraujyje nustatyti būdas yra aprašytas šito numerio „Klinikos ir praktikos patyrimų“ skyriaus pradžioje (718 psl.).

VI.11 d. — blogai miegojo. Savijauta — bloga. Gauna hypertoninio NaCl skiedinio į veną.

VI.12 d. NaCl — 480 mg. %, šlapalų — 70; S = 6,8.

VI.16 d. „ 560 „ „ savijauta nebloga. Nevėmė.

VI.21 d. staigus pablogėjimas, beveik be sąmonės. Tvinksnis vos apčiuopiamas. Vėmimas. NaCl—380 mg. %, šlapalų—72 mg. %; S = 5,27. Exitus letalis.

Studijuojant klausimą ir peržiūrint mūsų medžiagą, galima padaryti išvada, kad hypochloremija, išsivysčiusi ligos metu ar pooperacinėje eigoje, yra rimta komplikacija, kurios galima išvengti arba kuri galima pašalinti, laiku pavartojus hypertoninį NaCl skiedinį. Beveik visiems mūsų ligoniams, kurie turėjo hypochloremiją, teko stebėti visi hypochloremijos simptomai. Pavartojus hyperton. NaCl skiedinį, NaCl kiekis padidėdavo, šlapalų kiekis sumažėdavo ir visi reiškiniai pranykdavo. Atsitikimai, kur NaCl kiekis krisdavo iki 300 gr. % ar santykis tarp NaCl ir šlapalų siekdavo iki 3—4, pasibaigdavo mirtimi.

Daugumą mūsų atsitikimų NaCl kiekio samažėjimas buvo pooperaciniame periode. Chabagnez ir Lobo-Onell aiškina, kad pooperaciniame periode įvykstąs baltymų irimas, be to, operacinė trauma ir laikinė po laparotomijų žarnų parezė sukeliančios hypochloremijos reiškinius. Laiku pavartoję hypertoninį NaCl skiedinį, mes kovojame su hypochloremija ir kartu sužadiname žarnų peristaltiką.

NaCl hypertoninio skiedinio vartojimą žarnų neprieinamumo atsitikimais palaiko Gosset, Binnet ir Petit-Dutaillis. Ne tik tais atsitikimais, kai turime tvirtai nustatytą diagnozę, kaip, pvz., žarnų nepraeinamumas, toksemija ir t. t., bet ir visais kitais atsitikimais, kur diagnozė nėra aiški, kur yra tokių simptomų, kaip, pvz., negalavimas, silpnumas, svaigulys, vėmimas, diarėja, edema ir t. t., visuomet reikia ieškoti hypochloremijos.

Esti pooperaciniame periode atsitikimų, kai hypochloremijos reiškiniai primena stačiai sunkios komos vaizdą taip, kad sunku net susiorientuoti, su kuo turima reikalo. Kartais esti peritonejiniai simptomai, širdies bei periferijos silpnumas, kartais net ir meningejiniai reiškiniai. Tik tam tikras prityrimas ir laboratorijos pagelba gali išgelbėti, padedant nustatyti hypochloreminės komos reiškinius. Kaip pavyzdį, leiskite aprašyti trumpai vieną atsitikimą:

Mergaitė **G—tė S.**, 6 mt. amž., įstojo į ligoninę su tipišku ūminio apendicito priepuoliu. Ji tą pačią dieną buvo operuota. Antrą dieną savijauta labai gera. Viskas tvarkinga. Trečią parą, nakties metu, staigus nusilpimas, sąmonės nustojimas, galūnių raumenų atonija. Akys įdubusios, facies abdominalis, pilvas minkštas, neišsipūtęs ir neskaudamas. Tampymai. Pulsas vos apčiuopiamas. Vėmimai. Suleista hypertoninio NaCl skiedinio į veną ir fiziologinis skiedinio po odą ir po keleto valandų visi minėtieji reiškiniai pranyko. Mergaitė pasitaisė ir pasveiko.

Šitas atsitikimas buvo kominis hypochloreminis stovis.

Cl kiekis esti sumažėjęs ir karštligių atvejais, kai yra didelis prakaitavimas. Kaip matyti, prakaito liaukos nereguliuoja druskų išsiskyrimo, kaip tat daro inkstai.

Hypochloremijos atvejais vartojami hypertoniniai NaCl skiediniai. Greitai pasidaro tam tikras skysčių tekėjimas iš audinių į kraują. Tuo būdu sutrikęs osmozinis spaudimas vėl sureguliuojamas.

Del minėtų procesų įvyksta audinių narvelių išsiplovimas ir nereikalingi medžiagos apykaitos produktai pašalinami iš organizmo.

Turiu pabrėžti, kad reikia vengti per didelės dozės ir per didelių hypertoninio NaCl kiekių, nes, atitraukiant per didelį kiekį vandens iš audinių, gali taip pat sutrikti osmozinis spaudimas, ir, antra vertus, hypochloremijos metu nevartotini bromo preparatai, nes bromas išstumia Cl, ir Cl kiekis dar daugiau sumažėja.

Pabrėžtinas yra Kollemann'o paralelizmas tarp atsitikimų, kur pavartota NaCl terapija, ir tarp atsitikimų, kur nebuvo pavartota terapijos. Autorius yra gavęs šiuos rezultatus: tais atvejais, kur buvo pavartota NaCl terapija, mirtingumas siekė 11,5%, o kur nebuvo pavartota NaCl, mirtingumas siekė iki 50%.

Jau dveji metai, kai esame pradėję sėkmingai vartoti hypertoninį NaCl skiedinį ne tiktai pooperaciniame pariode, kur, be abejo, yra Cl kiekio sumažėjimas, bet ir profilaktiškai prieš operaciją, visais sunkesniais atsitikimais, lydimais toksemijos, bakteriemijos reiškinių, arba ten, kur norima išvengti laukiamos hypochloremijos simptomų komplekso, ypač pooperaciniame periode.

Vartojimo būdas: Mes vartojame hypertoninį NaCl skiedinį 10% stiprumo intra venam. Ten, kur venos netinka, galima pavartoti į paodį 1—2%, per rectum 3—5%. Mūsų skyriuje dažniausiai naudojamas NaCl — 10%. Kiekis nustatomas atsižvelgiant į ligonio stovį ir intoksikacijos laipsnį. Sunkiais atsitikimais duodame 2 kartu per dieną po 60—100 kub. cm. 10% tirpalo. Kai kada pridedame dar širdies veikimui pagerinti vynuoginio cukraus 25% 2 kartu po 60 kub. cm.

Labai sunkiais atsitikimais, be intraveninių įšvirkštimų, dar duodame fiziologinio skiedinio 0.85% NaCl po oda 1.000—1.500 kub. cm. Prireikus vartojame dar varvinimą į veną (Dauertropfen), taip, kad iš viso ligonis gauna 15—20,0 NaCl per dieną.

Prancūzai siūlė davinėti hypertoninio NaCl skiedinio tiek, kad ligonis gautų vidutiniškai 30—35 gr. NaCl per dieną, vadinasi, beveik dvigubai, negu kad mes duodame.

Tais atsitikimais, kur intraveninis įšvirkštimas kai kuriais sumetimais negalimas, tada vartojama intrarektalinis lašinimas klizmos pavidalu 3—5% 1000 kub. cm., iš kur skiedinys greit įsisiurbia ir nesukelia jokių nemalonumų.

Beveik visiems ligoniams, kurie buvo sunkiame stovyje ir kuriuos vargindavo silpnumas, tąsymas ir vėmimas, pavartojus NaCl terapiją, vėmimas pasiliaudavo, tąsymas pranykdavo ir savijauta pagerėdavo.

Reikia pabrėžti, kad NaCl hypertoninis skiedinys reikia leisti iš lėto, nes kitaip kraujospūdis per greit pasikelia, ir, antra vertus, kad greitas suleidimas veikia žalingai indų sieneles.

Išvados.

1. Hypochloremijos nustatymas turi diagnostinę, prognostinę ir terapinę reikšmę.
2. Chloro kiekio sumažėjimas tiesiog proporcingas toksemijos laipsniui.
3. Chloro kiekio sumažėjimą lydi azoto kiekio padidėjimas.
4. Hypertoninis NaCl skiedinys vartojamas intra venam prieš ir po operacijos hypochloremijai ir pooperacinei toksikozei išvengti bei paralyžiuoti.
5. Pakanka 15—20,0 NaCl per dieną net sunkiais atsitikimais.
6. NaCl įvedimas galimas: a) po oda 1—2%,
   b) per rectum 3—5% ir
   c) intra venam 10%.

Zusammenfassung.

Der hypochloraemische Symptomenkomplex und die Verwendung von Hyperton. NaCl-Loesung in der Klinik zur Bekaempfung der Hypochloraemie.

Das Sinken der NaCl-Menge im Blute (Hypochloraemie) nach Operationen, bei Fieberkrankheiten, Diabetes u. s. w. ist von grosser Bedeutung. Die NaCl-verminderung im Blute veraendert das Gleichgewicht der Salze im Organismus, wodurch eine Verminderung der molekularen Konzentration des Blutes stattfindet.

Die Chlormenge im Blute nimmt ab, wogegen die RN-menge (UREA) des Blutes sich vermehrt und zwar in einem entsprechenden Verhaeltnis. Diese Erscheinung wurde von Blum und Rottari „Hyperazotemie par manque de sel" genannt. Die klinischen Symptome der Hypochloraemie aeussern sich in Kopfschmerzen, Kopfschwindel, Mattigkeit, Erschoepfungszustand, Uebelkeit, Erbrechen, Oedemen u. s. w. Alle diese Symptome zusammen mit der Hyperazotemie bilden den hypochloraemischen Symptomokomplex.

Prognostisch wie diagnostisch ist es wichtig, nicht nur die absolute Menge von NaCl und RN im Blute festzustellen, sondern das Verhaeltnis zwischen den beiden. Naehert sich das Verhaeltnis zwischen den beiden Komponenten der **Zahl 1,** so ist die Prognose schlecht.

$$\frac{\text{normal NaCl 600 mgr \%}}{\text{normal Urea 50 mgr \%}} = 12$$

In Faellen von Hypochloraemie verabreichen wir hypertonische Loesung von NaCl, wodurch der osmotische Druck in Organismus reguliert wird und die klinischen Beschwerden verschwinden. Wir verwenden hypertonische Loesungen von NaCl i. v. 10%, per rectum 3-5%, subcutan 0,85%.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų"** „Medicinos" 1938 m. 8 nr. 703—704 psl.

V.

Dr. J. Žemgulys.

Artritų gydymas šalčiu.

Atrodo, kad eksudacinių artritų gydymas įvairiais šalčio aplikacijos pavidalais mūsų per siaurai tėra vartojamas. Trauminių artritų atveju ledai arba dažnai keičiami šlapi, šalti tvarčiai dažniausiai dedami tik pirmosiomis dienomis. Kitais atsitikimais ledai dar rečiau tevartojami. Taip sprendžiu iš pasakojimų ligonių, pirmiau kitų gydytojų gydytų. Ir vadovėliuose ledai ūminio eksudacinio artrito atsitikimais retai teminimi. Daugiau vis patariamas gydymas šiluma, karščiu. O aš pastaruoju laiku esu priėjęs išvadą, kad artritų gydymas šalčiu turėtų būti ištrauktas iš užmiršimo ir pradėtas atitinkamais atsitikimais plačiau vartoti. Tą nuomonę aš mėginsiu plačiau pagrįsti.

Gydymas šalčiu yra simptominis gydymas, tačiau del to jis nėra niekintinas, nes, kovodami su atskirais ligos simptomais, mes neretai labai padedame organizmui nugalėti pačią ligą. Vieni iš nesmagiausių artrito simptomų yra skausmas, karštis ir sąnario patinimas.

Skausmui tildyti šaltis seniai yra vartojamas. Šaltis padeda ne tik šviežių sumušimų atvejais, kada yra paprastai vartojamas, bet ir ūminių artritų atsitikimais, kurie lydimi karščio ir eksudacijos sąnaryje. Tais atsitikimais skausmai nuo šalčio labiau mažėja, kaip nuo karščio. Skausmo mažinamasis efektas yra tok ryškus, kad jau vien del to ledai ar šaltas vanduo verta plačiau vartoti.

Kitas simptomas — karštis — yra ne tik nesmagus, bet dar sumažina apetitą, sunkina miegą ir, apskritai, silpnina organizmą. Seniai pastebėta, kad ta tuberkuliozė gyja geriau, kuri eina be temperatūros arba su maža temperatūra, kaip ta, kuri eina su aukšta temperatūra. Dauguma cheminių reakcijų aukštesnėje temperatūroje taip pat eina greičiau ir audringiau kaip žemesnėje. Žemindami temperatūrą, reakcijas galime padaryti lėtesnes ir švelnesnes. Gal būt, kada mes numušame temperatūrą sąnaryje, patologinis procesas jame eina lėtesniu tempu, visame organizme esamų apsigynimo priemonių labiau pakanka lėtam uždegimo procesui nugalėti, kaip kad tam procesui smarkiai įsigalint. Tuo būdu, žemindami pakilusią sąnario temperatūrą, mes lengviname bendroms organizmo jėgoms kovą su patologiniu procesu sąnaryje, sudarome organizmui geresnes sąlygas gyti.

Karštį sumažinti galime antipyretica'is, bet nevisada, ir vietine šalčio aplikacija. Čiupinėjant karščiuojančiam artritikui sąnarį, kurs yra žymiai karštesnis už kitas kūno vietas,

atrodo, kad karštis kūne lyg skleidžiasi iš sąnario. Ir iš tiesų, pridėjus ledų prie sąnario, termometras pažastyje neretai parodo keliomis dešimtosiomis laipsnio mažiau; būna ir didesnių temperatūros kritimų. Toks organizmo temperatūros kritimas galimas yra pastebėti tik ten, kur sąnarys yra aiškiai karštesnis, kaip kitos kūno vietos. Atvirkščiai, dėdami prie sukarščiaviusio sąnario termoforus, bendrą organizmo temperatūrą galime kartais net padidinti.

Atrodo, kad temperatūros mažinimas vietiniu šalčiu yra racionalesnis kaip antipyretica'is, k. a.: 1) antipyretica veikia, palyginti, daugiau visą organizmą, mažiau sąnario temperatūrą; o vietinis šaltis veikia daugiau sąnario temperatūrą, mažiau bendrinę; 2) antipyretica turi, be temperatūros žeminamojo, dar kitų veikimų, kas mums nereikalinga; 3) esu turėjęs atsitikimų, kada ledai, pridėti prie susirgusio sąnario, daugiau sumažino temperatūrą, kaip į vidų duodamieji vaistai, taip tariant, gydymas ledais buvo sėkmingesnis, kaip gydymas antipyretica'is.

Trečias nemalonus simptomas sąnario uždegimų atveju yra sąnario patinimas. Sąnario patinimas sukelia skausmą, ištempia sąnario kapsulę ir silpnina sąnarį ilgesniam laikui. Sąnario patinimas gali pareiti nuo per didelės sąnario sinovialinės eksudacijos arba nuo sumažėjusios jos rezorbcijos. Sąnario uždegimuose eksudacija, kur ji yra, esti žymiai padidėjusi: padarai, pvz., kelio punkciją, ištrauki keliasdešimt kubikų eksudato, žiūrėk, kitą dieną kelys vėl ištinęs, ir panašiai. Kad būtų sumažėjusi rezorbcija, to negalima pasakyti. Gydytojai, kurie trauminių gonitų atveju yra darę kelio sąnario nuotraukas su uroselektanu B ar perabrodiliu (meniskams vaizduoti), visi sako, kad, įleidus kontrastpreparato į kelio sąnarį, reikią skubėti fotografuoti, nes po kelių minučių kontrastpreparatas iš kelio sąnario rezorbuojąsi ir nuotrauka nebeišeinanti. Tat parodo, kokia greita esanti skysčių apykaita sąnariuose. Taip yra šviežiai traumuotuose sąnariuose, taip yra ir senesniuose. Aš taip pat esu daręs tokių nuotraukų ir tą pat esu konstatavęs.

Iš to viso tenka padaryti išvada, kad eksudacinių artritų atveju eksudato kiekis atsiranda daugiausia nuo padidėjusios sinovialinės eksudacijos.

Sumažinti sąnario patinimą mes galime, arba mažindami eksudaciją arba didindami rezorbciją. Geriausia priemonė sąnario eksudacijai mažinti yra vietinė šalčio aplikacija prie sąnario. Tą aš esu pastebėjęs pas savo ligonius, kuriuos tuo būdu esu gydęs. Labai įdomu yra atitinkamais atsitikimais konstatuoti kiekvieną rytą, kad sąnario apimtis laipsniškai, bet pastoviai, keliais milimetrais mažėja, o, pavartojus karštį

ar šildomąsias procedūras, sąnario apimtis tuojau pradeda didėti.

Negalima numanyti, kaip veikia vietinė šalčio aplikacija sąnario rezorbciją. Kadangi bendras šalčio veikimas yra teigiamas, reikia manyti, kad jis rezorbcijos bent žymiai nemažina.

Sąnario skysčių rezorbcijai padidinti turime ir kitų gerų priemonių, būtent: iškili sąnario padėtis, kur tat galima padaryti, ir sąnario lankstymai. Kad sąnario iškėlimas padeda tiek patinimui, tiek sąnario eksudatui išnykti, tat yra žinoma, tiktai nevisiems sąnariams tat galima pritaikyti, pvz., klubo sąnariui tat yra visai nepritaikoma. Kita priemonė sąnario rezorbcijai padidinti yra jo aktyvus lankstymas. Pasitaiko stebėti, kai, nuėmus gipsą nuo sveiko sąnario, kuris buvo sugipsuotas del kito sąnario susirgimo, jį randi patinusį. Pradėjus sąnarį aktyviai lankstyti, patinimas pamažu praeina.

Didesnis lankstymas, kaip žinome, sąnario patinimą didina, ypač ūminių uždegimų atveju. Del to lankstymai turi būti atsargūs, neforsiruoti. Čia ir yra visas menas, kaip surasti toks lankstymo kiekis, kad jis nedidintų sąnario patinimo, bet jį mažintų. Tenka elgtis labai atsargiai, apčiuopomis, vis kontroliuojant sąnario apimtį milimetrais, pradedant judinti ūminiam perijodui praėjus, nuo palenkimų vieną kartą per dieną po 5^0, ir palenkimų 1 kartą per valandą, tiek laipsnių, kiek ligoniui neskauda. Mano nuomone, leistinas yra tik toks sąnario lankstymas, po kurio sąnarys rytmetyje nerodo patinimo padidėjimo.

Tąja metode (vietine šalčio aplikacija, kartu su iškilia, jei galima, sąnario padėtimi ir atsargiais lankstymais) esu gydęs jau kelioliką ligonių, daugumą su didelį patenkinimą sukeliančiais rezultatais. Kelis būdingesnius atsitikimus čia paminėsiu.

1. **K. S.**, 30 mt., valdininkas. 1935 m. liepos mėn. turėjęs gonorėją. IX. 12 d. susirgęs dešiniojo kelio ūminiu uždegimu su aukšta temperatūra ir dideliais skausmais. X. 15 d. atsigulė į ligoninę, kur išgulėjo 3 mėn. 23 d. Gydytas buvo įvairiausiais būdais. Ypač krito į akis, kad neištveria šilimos: kol kompresas šaltas, yra gera. Kai sušyla, tai taip skauda, jog negali ištverti. Net šiltas sausas kelio įvyniojimas—ir tat blogai veikia. Šaltis, priešingai, gerai pakeliamas. Taip toliau šaltai ir buvo gydytas ir pagijo.

2. **Ž. M.**, 17 mt., mokinys. Pernai sirgęs ūminiu reumatu: buvę ištinę alkūnių sąnariai, skaudėję ir rankos riešai. Sirgęs vieną mėn., gulėjęs 2 sav. Prieš 3 sav. sirgęs kaklu (angina?), gulėjęs 4 dienas. Po to pamažu pradėję skaudėti dešinįjį kelį. Išblyškęs, širdies tonai švarūs. Dešinysis kelys išsipūtęs, karštesnis, mažiau sulenktas, bet skaudamumas nedidelis. Nuotraukoje patologiškų pakitimų nematyti. Gydytas ambulatoriškai 20 dienų: 5 dienas gulėjimu. Na. salicyl. 0,5×2—3 kartus ir ung. ac. salicyl., — kelys šiek tiek atslūgo.

III. 16 d. įleista apicur — nieko geriau. III. 24 d. ištraukta 50,0 žalsvų, tirštokų ir drumstokų skysčių. Dedami ledai. Gulint kelys atslūgsta, pavaikščiojus vėl patinsta. Tada 20 dienų paguldytas iškelta

koja ir su ledais — skausmas tuoj praėjo, kelys per 20 dienų visai atslūgo ir nebetinsta. Pradėjus vaikščioti, kelys pradėdavo kaisti, bet atsigulus ir ledus uždėjus, kaitimas tuoj praeidavo ir iki patinimo nebeprieidavo. Kad koja nekaistų ir nepatintų, ligonis pradėjo vaikščioti, ledų maišą prie kelio prisirišęs, ir tada ir po didesnio vaikščiojimo kelys nebekaito ir nebetino.

3. **P. E.,** valdininkė, 33 mt. 1937 m. vasarą griuvusi ir susimušusi kair. kelį, gulėjusi 2 dienas. Apie Kalėdas vėl susimušusi tą patį kelį— kelys buvęs pamėlynavęs, bet negulėjusi. Gydžiusis fango kompresais — blogiau pasidarę. Atvyko 1938. II. 9 d. ir išbuvo ligoninėje 2 mėn. Kelys ištinęs, šiek tiek skaudamas, t° subfebrilė. Rg. nuotrauka patologiškų pakitimų kauluose neparodė. Punktuojant gauta žalsvų, tirštų, drumstų skysčių, bet nei gonokokų, nei tbc., nei kitų bakterijų nerasta. Skiepyta ir jūros kiaulytei. Darytos 4 punkcijos po 80—90 gr. kas 2—3 dienos, bet skysčių nemažėjo. Nuo apicur — blogiau, nuo diatermijos, šiltų kompresų — blogiau: karštis kyla, patinimas didėja. Šildomieji kompresai tol smagūs, kol jie nesušyla. Nuo ledo geriau, nors ligonė iš pradžių jo ir bijojo; nuo jo skausmai ir patinimas aiškiai mažėjo. Išsirašė su beveik nepatinusiu keliu, pradėjusi vaikščioti.

4. **R. B.,** 36 mt., pardavėjas. Atvyko 1938. I. 20 d. Skaudanti kairioji pėda, ypač vaikščiojant vakarop patinstą. Pernai buvęs kitoje ligoninėje operuotas. Prieš vieną mėnesį pėda pradėjusi labiau skaudėti ir tinti. Dabar yra patinimas dorsalinėje lateralinėje pėdos srityje ir randas prie malleolus lateralis. Nuotrauka rodo židininę os cuboideum ir gretimųjų kaulų dekalcinaciją. Gydytas iškelta padėtimi, kompresais, kvarco lempa — skauda beveik labiau, patinimai beveik didesni, pradėjo kilti t°. Toliau gydytas 8 dienas indiferentišku tepalu ir kvarco lempa— nieko geriau, pėdos viršus patinęs, kietas. Toliau 5 dienas nieko nedaryta — patinimas lyg mažesnis. Nuotrauka rodo didesnę ir aiškesnę dekalcinaciją, os cuboideum viduryje formuojasi sekvestras. Nuo tada 17 dienų ledai: t° nukrito, pradėjo jaustis žymiai geriau, pėdos karštis, paraudimas ir patinimas ėmė mažėti. Prie malleolus lateralis pasidarė suminkštėjimas — matyti ruošiasi sekvestro eliminacija. Išvažiavo su minkšta, mažai skaudama koja.

5. **R. E.,** 20 mt., studentas. 1938. II. 23 d. besigimnastikuodamas kritęs ir susimušęs kair. kelį. Kelys ištinęs, skaudamas. Rg. nuotrauka— n. p. Punktuojant ištraukta 70 kb. cm. kraujo. Koja paguldyta iškiloje padėtyje, dedami ledai. Tuojau skausmai praėjo ir daugiau nebesirodė. Per dvi savaites koja beveik visai atslūgo, skausmai išnyko, pradėjo vaikščioti.

Svarbus, bet nelengvas dalykas yra šalčio dozavimas. Suprantama, nereikia sąnario nušaldyti iki tiek, kada pasidaro pastovi erythema. Tada ligoniui darosi nesmagu, tuomet ledai nuimtini, kol sąnarys vėl sušils. Praktiškai imant, ledai laikomi tol, kol ligoniui smagu; pradėjus nuo šalčio skaudėti, jie nuimami, o pradėjus kaisti, jie vėl uždedami. Vėliau ledai laikomi kaitaliojant: vieną valandą su ledais, kitą valandą be ledų. Gydymas ledais nutraukiamas, kai sąnarys nebeturi aiškiai pakilusios temperatūros.

Iš to, kas pasakyta, aiškėja gydymo šalčiu indikacijos ir kontraindikacijos. Būtent, tasai gydymas tinka ūminiams vieno ar dviejų sąnarių trauminės, tuberkuliozinės, gonorėjinės ar kitokios infekcinės kilmės uždegimams arba tų ligų paūmėjimams. Trauminių artritų ir distorsijų atvejais tasai

gydymas iš laikinės priemonės gydymo pradžioje turėtų palikti pastovia ir nuolatine procedūra.

Netinka šaltis sausiems artritams, einantiems su normalia temperatūra. Mėginau tokius ligonius (pvz., sergančius tbc. koksitu) gydyti šalčiu — labiau pradėjo skaudėti.

Netinka šaltis tais atsitikimais, kada yra sąnario palinkimas prie kontraktūros, pvz., po išnirimų ar artikulinių lūžimų. Tat yra suprantama, nes tada reikia rinkti į sąnarį kuo daugiausia skysčių, o ne atvirkščiai.

Netinka šaltis reumatikams ir poliartritikams gydyti. Tat ligonių publika žino ir del to kartais būna sunkumų ir nereumatikus gydant. Būtent, ligoniai bijo ledų, kad nepersišaldytų sąnario ir negautų reumato. Teoriškai samprotaujant, tos baimės neturėtų būti, nes mes sąnario nešaldome, bet grąžiname normalią temperatūrą. Taip pat nežinau ligonio, kuris būtų gavęs reumatą po gydymo ledais. Pagaliau reumato baimės, bent tbc. atsitikimais, dar ir del to neturėtų būti, kadangi tarp sąnarių tbc. ir chroniško reumato esama tam tikro dalinio antagonizmo, k. a.: 1) chroniškas reumatas, ypač ankilozuojantis, esti stingant sąnariuose skysčių, o šalčiu gydomasis tbc. arthritis — su sąnarių skysčių hyperprodukcija; 2) tbc. artritu daugiau serga jauni žmonės; reumatu — daugiau vyresniojo amžiaus; 3) pajūrio gyventojai labiau linkę prie reumato, mažiau prie tbc. artrito; 4) chroniškas reumatas eina su jungiamojo audinio plitimu, kuris tbc. artrito atsitikimu yra pageidaujamas.

Del to, jei tbc. artritikas ir pradėtų sirgti chronišku reumatu, tai gal veikiau išgytų nuo tbc., o reumato įgavimas yra mažesnė bėda, kaip tbc. artrito pasilikimas.

Turint galvoje, kas aukščiau pasakyta, mes galime lengviau suprasti kai kuriuos reiškinius ligoniams. Esu turėjęs ligonių su tbc. osteoartritu, kuriems švitinimas kvarco lempa iš pradžių lyg ir padėjo, paskui aiškiai kenkė: sąnarys pradeda skaudėti, patinsta, pakyla t^0 ir t. t. Dabar man aišku, kad švitinimas padėjo tik iš pradžių, kol švitinama buvo trumpai ir sąnarys neįkaisdavo. Vėliau, kada sąnarys buvo laikomas ilgiau ir paties ligonio arčiau prie lempos kišamas, jis pradėjo įkaisti ir del to osteoatritas pablogėjo. Kuriems vartojau tik labai trumpus švitinimus, ne daugiau kaip 5 min., ligonis kiekvieną kartą jautėsi gerai ir nebūdavo pablogėjimo.

Esu turėjęs ligonių su tbc. osteoartritu, kurie perdaug uoliai kaitindavosi saulėje ir nuo to gavo pablogėjimą. Vienas ligonis, sergąs tbc. gonitu, šįmet IV. 1 d. iš karto pasikaitino saulėje 45 min.; po to kelys tuoj labiau patino, pradėjo skaudėti, temperatūra pažastyje pakilo iki $37,5^0$ (pirma tie reiški-

niai buvo praėję). Ligonis kaitinosi kambaryje, spinduliuose, perėjusiuose pro dvejus stiklus, taip kad cheminio ultravioletinių spindulių veikimo negalėjo būti.

Gal ta pati priežastis turi reikšmės ir del to, kad saulė labiau padeda kalnuose, pajūryje, kaip žemumose ir krašto viduje, nes kalnuose ir pajūryje oras yra vėsesnis. Pasitaiko pajūrio pliaže sutikti žmonių, kurie pasakoja, kaip jie po įvairių vartotų gydymosi metodžių išgiję nuo artrito besimaudydami šaltoje jūroje. Leysine, Berke, Liepojoje gydytojai pastebi, kad tuose kurortuose ligoniai žiemą geriau gyją, kaip vasarą. Čia vėl gali tat būti del to, kad tada oras vėsesnis.

Kaip tada suprasti gėrybinis šilumos veikimas tuberkuliozinіams artritams? O jo tikrai esama. Bier gydė tuberkuliozinius artritus pasyvia hiperemija, taigi, karščiu, ir rašė gavęs labai gerų rezultatų. Tiesa, dabar pasyvia hiperemija ir pačioje Vokietijoje mažai begydoma. Kisch Hochenlychene gydė sąnarių džiovininkus raudonaisiais (taigi, šiluminiais) spinduliais. Net buvo sukonstruavęs specialę lempą tiems spinduliams gaminti. Rašė, kad gavęs tokių pat gerų rezultatų kaip ir Leysine. Dabar ta sanatorija uždaryta, o kitų panašių sanatorijų įsteigimo neteko girdėti. Burdenko gydė tbc. artritus Kryme, karštais Saku ežero purvais ir gavęs labai gerų rezultatų. Dr. Tiesnieks, Liepojos sanatorijos vedėjas, ir daug kitų yra gavę džiuginančių rezultatų, gydydami karštai durpinių purvų kompresais ir t. t. Ir aš pats esu gydęs Kisch'o lempa bei kitokia šiluma ir esu turėjęs aiškių pagerėjimų. Bet yra buvę ir pablogėjimų. Kaip matome, gydymas šiluma, nepaisant kartotinių jo užmiršimų ir vėl iš naujo iškilimų, vis tik neįsigali ir tiek.

Iš to reikia išvesti, kad universalios visiems artritams gydymo metodės, tur būt, ir nėra, nes pablogėjimų būna ir nuo helioterapijos ir nuo gipso. Vieniems viename perijode padeda šiluma, kitiems kitame perijode — šaltis, dar kitiems — kitokios priemonės. Del to noras visus, kad ir tbc. artritus, šabloniškai viena metode gydyti, dabartinėje gydymo padėtyje vis susilaukia nepasisekimų. Įvairių yra artritų, įvairių ligonių. Gydymo menas ir yra atitinkamą priemonę atitinkamoje vietoje pavartoti, atsižvelgiant į ligonį, ligą ir ligos evoliuciją. Šito klausimo, kada labiau padeda šiluma, kada šaltis, čia išspręsti aš nesiimu. Tik noriu pabrėžti, kad nemaža yra tokių atsitikimų, ypač eksudacinių, su temperatūra, kada šaltis labai padeda. Savo laiku ir savo vietoje pavartotas, jis gali padėti ypač ten, kur kitos priemonės nepadeda, o tokių atsitikimų būna.

RÉSUMÉ.

Le traitement des arthrites par le froid.

Il y a de cas nombreux, quand le traitement des arthrites par le froid est plus efficace que celui par le chaud. Ce sont des arthrites douloureuses avec tuméfaction et température locale élevée. Le froid agit en diminuant les douleurs, l'exsudation dans l'articulation malade et la température locale. Grâce à ce moyen le processus pathologique agit, d'une façon moins violente et les forces de l'organisme suffisent pour le vaincre. L'association du froid avec une position élevée du membre malade et mouvements actifs légers (à peine visibles) est d'une efficacité particulière. Le traitement par le froid n'est pas indiqué pour les arthrites rhumatismales et pour les artrites, séches et sans fievre.

Le mode d'emploi du froid est simple: c'est la vessie remplie de glace ou d'eau froide „fréquemment changée, qui est tenue sur l'articulation jusqu'à ce que le malade n'éprouve plus de sensations douleureuses et le grand érythème n'apparaisse. Alors il faut interrompre l'application du froid jusqu'à la disparition de ces symptômes.

Par cette méthode l'auteur a obtenu de très bons résultats, particulièrement dans les cas, où les autres méthodes ne donnaient pas les résultats attendus. Déscription de 5 cas relatifs aux maladies traitées.

Diskusijas del šito pranešimo žiūr.: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“.** „Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 704—705 psl.).

VI.

Gyd. K. Pautienius.

Tbc. articulationis talocruralis ir articulationis talocalcaneae operatiškas gydymas.

(V. D. Univ-to Chirurginės klinikos 1928-1937 metų duomenimis).

Pėdos sąnarių tbc. susirgimų, kaip ir kitų sąnarių tbc. susirgimų, priežastimi yra tbc. (typus humanus ir typus bovinus) bacilai; tačiau šitam susirgimui didelės reikšmės turi ir kiti momentai, kaip antai: konstitucija, atsparumas, trauma, socialinės ir kitos sąlygos. Trauma turi reikšmės, kaip pagreitinąs ir atsparumą mažinąs momentas. Kaulų ir sąnarių tbc. dažniausiai rūtuliuojasi kartu ir kituose organizmo audiniuose, kaip, pvz., plaučiuose, lymfinėse liaukose. Spėjama, kad tiek kaulų, tiek sąnarių tbc. dažniausiai yra sekundarinės kilmės. Pirminis židinys, manoma, yra bronchiolinėse liaukose, rečiau kaklo ir mezenterinėse liaukose. Pasak kai kurių autorių, procesas galįs vystytis kaip pirminis kauluose ir sąnariuose, nes, atsidėjus skrodžiant kaulų ir sąnarių tuberkulioze sirgusių asmenų lavonus, ne visuose buvo rasta pirminių židinių kitose kūno dalyse. Joh. Orth, skrosdamas 57 lavonus asmenų, kurie buvo sirgę sąnarių tuberkulioze, 14-kai neradęs pirminio židinio kitose kūno dalyse, ir Schürmann, atsidėjęs tyrinėdamas, 3,83% neradęs pirminio židinio kitose kūno dalyse, nors kaulų ir sąnarių tuberkuliozė buvo konstatuota.

Kad trauma tuberkuliozinio sąnarių susirgimo atveju turi reikšmės, kai kurių autorių yra įrodyta eksperimentais su gyvuliais. Mūsų chirurginės klinikos medžiagoje iš 35 atsitikimų tuberkuliozinio pėdos sąnario trauma anamnezėje figūruoja 20%, o tuberkuliozinių gonitų atveju mūsų chirurginės klinikos medžiagoje trauma figūruoja apie 18%. Fritz König savo pateiktoje medžiagoje apie tuberkuliozinius sąnarių susirgimus nurodo, kad trauma anamnezėje figūruoja apie 5%. Pagal kai kuriuos kitus autorius trauma figūruoja 31%.

Tuberkuliozinis sąnarių susirgimas yra chroniškas, ilgai tveriąs, susirgimas. Liga dažnai prasideda iš lėto, o jei ligonis nurodo staigią pradžią, tai tat reikėtų laikyti ligos paūmėjimu, o ne ligos pradžia, kaip ligoniai kad dažnai nurodo. Tik kiek ryškiau pasireiškus tuberkuliozinio sąnarių susirgimo atveju simptomų kompleksui, ligonis kreipiasi į gydytoją nurodydamas, kad yra buvusi trauma, kojos nikstelėjimas, arba nurodo ir kitas priežastis.

Mūsų Chirurginės klinikos medžiagoje ligoniai, serga pėdos sąnarių tuberkulioze, nurodė staigią pradžią 4 atsitikimais, o visi kiti nurodė iš lėto besirūtuliuojantį procesą su pagerėjimo ir paūmėjimo laikotarpiais. Kad būtų vaizdžiau, čia teikiama lentelė, iš kurios matoma, kiek laiko ligoniai sirgo pėdos sąnario tuberkulioze. (Žiūr. 1 lentelę).

1-ji lentelė.

Kiek laiko serga?	Ligonių skaičius
Nuo kelių mėn. iki 1 metų . .	6
„ 1 metų „ 5 „ . .	7
„ 5 „ „ 10 „ . .	12
„ 10 „ „ 12 „ . .	10
Iš viso	35

Iš lentelės matome, kad pasitaikė daugiausia ligonių, kurie sirgo nuo 5 iki 10 metų.

Pagal A. Chochlov'ą, esant tuberkulioziniams procesams keliuose sąnariuose, susirgimas paliečia daugiausia vaikus, būtent:

Nuo 1 iki 5 metų — 31,4%,
„ 5 „ 10 „ — 27,6%,
„ 10 „ 15 „ — 17,4%.

Pėdos sąnarių tuberkuliozė, kaip ir kitų sąnarių tuberkuliozė, daugiausia paliečia beturčius, kurių gyvenimo sąlygos yra blogos. Nors šitas susirgimas pasitaiko įvairių profesijų asmenims, tačiau iš mūsų chirurginės klinikos medžiagos ma-

toma, kad didžiausią skaičių sudaro smulkūs ūkininkai ir paprasti kaimo darbininkai. A. Chochlov nurodo, kad, jeigu tbc. procesas paliečia keletą sąnarių, tai didžiausias procentas pasitaiko darbininkams ir jų vaikams iki 40%, o ūkininkams — 24,9%.

Teikiama 2-oji lentelė, iš kurios matoma, kaip ligoniai, sergą pėdos sąnarių tuberkulioze, pasiskirsto profesijomis. (Žiūr. 2 lentelę).

2-ji lentelė.

Ligonių, sergančių pėdos sąnarių tbc. articulationis talocruralis ir talocalcaneae, profesija	Ligonių skaičius		
	Kaimo	Miesto	Iš viso
Paprasti lauko darbininkai	8	—	8
Šaltkalviai	2	—	2
Mokytojai	2	1	3
Valdininkai	—	1	1
Kurpiai	2	2	4
Moksleiviai	—	2	2
Siuvėjai	3	—	3
Šeimininkės	2	—	2
Smulkūs žemės savininkai	9	—	9
Staliai	—	1	1
Iš viso	28	7	35

Ligonių stovis atvykus į ligoninę.

Dauguma ligonių į ligoninę atvyko, sirgdami sunkia užleista tuberkulioze. Buvo gydytų, bet buvo ir tokių, kurie nebuvo gydyti del lėšų stokos, arba buvo išmėginę visokius naminius vaistus bei priemones ir tik, pastarosioms nepadėjus, atvyko į ligoninę. Nors tbc. sąnarių susirgimas yra chroniškas ir dažniausiai iš lėto plėtojasi, bet iš 35 tbc. talocruralis ir talocalcaneae atsitikimų 4 ligoniai nurodė staigią pradžią su temperatūros pakilimu. Iš 19 atsitikimų, gydytų operatiškais būdais, 8 ligoniai turėjo fistules, 3 ligoniai turėjo aktyvią plaučių džiovą, 4 atsitikimais procesas lokalizavosi ne tik sąnariuose artic. talocruralis ir talocalcanea, bet ir metatarsiniuose kauluose. Apskritai, šituose sąnariuose procesas, prasidėjęs viename sąnaryje, greitai pereina į kitą sąnarį, nes šitie sąnariai yra arti vienas kito ir tarp savęs yra glaudžiai susiję.

Iš žemiau pateikiamos 3-sios lentelės galima bus matyti, kaip tbc. pėdos sąnarių susirgimas paliečia vyrus ir moteris ir kaip dažnai pasitaiko pėdos sąnarių susirgimų tbc. tarp kitų chirurgiškų susirgimų. (Žiūr. 3 lentelę).

3-ji lentelė.

Metai	Skaičius ligonių, gulėjusių per 1 metus mūsų chirurg. klinikoje	Tbc. articul. talocrur. ir talocalcan.			
		Vyrų	Moterų	Dešinioji koja	Kairioji koja
1928	1.997	3	2	2	3
1929	1.852	2	1	2	1
1930	1.900	—	—	—	—
1931	1.926	3	1	2	2
1932	2.001	2	2	3	1
1933	2.033	2	—	2	—
1934	2.234	—	2	1	1
1935	2.259	2	1	3	—
1936	2.553	2	5	1	6
1937		5	—	2	3
	Iš viso . .	21	14	18	17

Iš šitos lentelės matoma, kad vyrų buvo didesnis skaičius negu moterų; dešinioji koja sirgo beveik taip dažnai kaip ir kairioji. Lentelėje paimti susirgimų, gydytų operatiškais ir konservatiškais būdais, duomenys drauge, kad vaizdžiau būtų matoma, kaip dažnai pasitaiko šitas susirgimas tarp kitų susirgimų.

Mūsų chirurginėje klinikoje tuberkuliozinis gonitas tarp kitų chirurginių susirgimų pasitaikė 0,71%, o tbc. articulationum talocruralis ir talocalcaneae pasitaiko tik 0,16%. Šitie duomenys paimti tik iš stacionarinių ligonių, bet, jei priskaitysime ir ambulatorinius ligonius, tai šitas skaičius, žinoma, bus kiek didesnis.

Dabar ne pro šalį bus užsiminti apie ligonių, sergančių tbc. pedis, amžių. Dažniausiai šitas susirgimas paliečia jauno amžiaus žmones, bet neretai pasitaiko ir pagyvenusio amžiaus žmonėms. Jauname amžiuje ne tik tbc. pedis atveju, bet ir kitų tbc. sąnarių susirgimų atsitikimais gydoma daugiausia konservatiškais būdais. Jaunas amžius, ypač iki 14 metų, yra kontraindikacija operacijai, nes vaikai mažiau atsparūs plaučių tuberkuliozei, o, priešingai, daugiau atsparūs kaulų ir sąnarių tuberkuliozei ir greičiau pagyja konservatiškai gydomi negu suaugę. Pasak kai kurių autorių, vaikų kaulų ir sąnarių tuberkuliozės operatiškas gydymas davęs 20% mirtingumo. Antra operatiško gydymo kontraindikacija yra ta, kad darant operaciją jauname amžiuje, kai kaulas auga, sutrukdomas jo augimas ir atsiranda galūnės sutrumpėjimas (net iki 25 cm.). Kai kurie autoriai nurodo, kad nors operacijos metu epifizinė

linija ir nesunaikinama, bet pakanka tik greta jos operuoti ir del to jos funkcija sutrinka ir neigiamai atsiliepia į galūnės augimą. Del anksčiau minėtų kontraindikacijų mūsų chirurginėje klinikoje jauno amžiaus ligoniai, sergą tuberkulioziniais sąnarių susirgimais, neoperuojami; o jei ir tenka operuoti jauname amžiuje, kaulams dar tebeaugant, tai turi būti vitalinė indikacija, būtent, toli nužengęs tbc. procesas.

Žemiau teikiama 4-ji lentelė, iš kurios bus matoma, kurio amžiaus ir kiek ligonių buvo operuota mūsų universiteto chirurginėje klinikoje per 10 metų. (Žiūr. 4 lentelę).

4-ji lentelė.

Amžius ligonių, sirgusių tbc. pedis	Gydymas	
	Operat.	Konserv.
Iki 15 metų	—	3
Nuo 15 iki 20 metų	7	4
„ 20 „ 45 „	9	7
„ 45 „ 75 „	3	2
Iš viso	19	16

Iš lentelės matome, kad mūsų chirurginėje klinikoje tbc. articulationum talocruralis ir talocalcaneae iki 15 metų nebuvo operuotas ne vienas ligonis. 54,3% ligonių buvo gydyti operatiškai ir 45,7% buvo gydyti konservatiškai. Matoma taip pat, kad keletas operuotų ligonių turėjo net 75 metus.

Kad būtų aiškiau matoma, kur procesas daugiau buvo lokalizavęsis, ar calcaneus'o, ar talus'o srityje, ar buvo užėmęs tik sąnarius, pateikiu 5-ją lentelę, iš kurios bus matomas pilnesnis vaizdas. (Žiūr. 5 lentelę).

Apskritai, procesas dažniausiai lokalizuojasi talus'o, calcaneus'o arba blauzdikaulio su šeivikauliu (fibula) distaliniame gale, o vėliau procesas persimeta į sąnarį ir toliau užima gretimas paraartikulines dalis. Kadangi, procesas vystosi iš lėto, tai pakitimai kauluose negreit gali būti konstatuoti. Kartais kliniški simptomai aiškiai kalba už sąnario tuberkuliozę, o rentgenas patologiškų pakitimų dar neparodo. Iš 5-sios lentelės matoma, kad atskiras židinys lokalizavosi 6 kartus talus'e, 3 kartus blauzdikaulio (tibia) žemutinėje dalyje ir 3 kartus calcaneus'e. Visais kitais atvejais procesas buvo užėmęs abu sąnario artikuliuojančius paviršius su paraartikuliniais procesais.

5-ji lentelė.

Rentgenologinė diagnozė.

		Ligonių skaičius
1.	Articulatio talocruralis, sąnario tarpas padrumzlėjęs, tibijos epifizinėje linijoje matomas židinys su apnaikintu kaulu	3
2.	Blauzdikaulio žemutinė dalis praretėjusi, talus'o viršutinėje dalyje matomas apnaikintas kaulas .	6
3.	Calcaneus'o sekvestras su articulatio talocalcanea sąnario padrumzlėjimu. Kaulai apretėję. .	3
4.	Kaulų galai articul. talocruralis sąnaryje, tiek talus'o, tiek ir blauzdikaulio, apnaikinti. Kaulai išakyję	4
5.	Calcaneus visai sunaikintas, apnaikintas taip pat ir talus	3
	Iš viso	19

Gydymas.

Prieš kalbant apie tbc. articulationis talocruralis ir articulationis talocalcanea operatišką gydymą, ne pro šalį bus kiek trumpai stabtelėti ties operatiško gydymo indikacijomis. Būna atsitikimų, kai vienas rekomenduoja sutrumpinti gydymo laiką ir siūlo operaciją, o tas pats ligonis nueina pas kitą gydytoją, kuris, priešingai, būdamas konservatiško gydymo šalininku, kurių pas mus Lietuvoje ir literatūroje galima užtikti nemaža, rekomenduoja ligoniui laukti, duodamas jodoforminio glycerino, Hotz'o ir kitas injekcijas. Vienas rekomenduoja gulėti lovoje gipse, kitas pasiūlo cirkularinį gipsą, kuris, atsispirdamas į tuberositas tibiae, condylus medialis tibiae ir capitulum fibulae, tuo būdu išjungia kūno svorį iš articalatio talocruralis sąnario, ir liepiama ligoniui vaikščioti neatsispiriant pėda. Dar yra siūloma laikyti koją per kelio sąnarį sulenkta ir manoma, kad protezė (ligoniai patys pasidaro medinę koją, kuri atsispiria į tuberositas tibiae), atsispirdama į žemę, gali turėti ir ne kojos pėdos formą, o net smailą, keliolikos centimetrų ilgumo.

Čia ne vieta kalbėti apie konservatišką gydymą, bet tik truputį užsiminiau, nes labai griežtų ribų tarp operatiško ir konservatiško gydymų nėra, ypač kai procesas nėra per daug toli nužengęs. Negalima visiškai griežtai pasakyti, kad sąnario tbc. atsitikimas reikia gydyti operatiškai, o ne konservatiškai. Nes literatūroje randama, kad autoriai konservatiškai gydo net tuberkuliozinius sąnarius su trūkusiais abscesais, fungozines ir kitas formas ir pateikia duomenų, kad nors nedidelis procentas, bet pasveiksta.

Kartais nepakankamai ištyrus ligonį, paviršutiniškai jį apžiūrėjus, dirstelėjus į rentgenogramą, atrodytų, lyg atsitikimas priskirtinas konservatiškam gydymui, tačiau, nuodugniau ištyrus, ar nėra židinių kituose organuose (inkstų amyloidozė), ir tik nuodugniau paanalizavus ligonį, pasirodo, kad atsitikimas geriau gydyti operatiškai negu konservatiškai.

Apskritai, suaugusiųjų sąnarių tbc. operatiško gydymo indikacijos pareina nuo ekonominių ligonio sąlygų, bendro organizmo stovio, ligos eigos, nuo vietinio židinio formos ir nuo amžiaus. Jei ligonio ekonominės sąlygos blogos, jei ligonis neturi lėšų ilgiau gydytis, tai geriau, prieš tai konstatavus konservatiško gydymo bejėgiškumą, kuris tuo atveju ilgesnį laiką buvo panaudotas, rekomenduotina ligoniui padaryti operacija. Konservatiškas gydymas yra labai ilgas ir rekomenduotinas turtingesniems pacientams, kurie gali gydytis keletą metų. Tokio paties proceso atveju vienam ligoniui dar galimas konservatiškas gydymas (pasak kai kurių autorių, konservatiškas gydymas ne visiems prieinamas ir jis yra liuksusinis), o kitiems del blogų ekonominių sąlygų jau patartina gydytis operatiškai.

Vaikai iki 15 metų mūsų chirurginėje klinikoje neoperuojami del to, kad vaikų tuberkulioziniai sąnariai geriau pasiduoda konservatiškai gydomi, negu suaugusiųjų ir, antra, jauniems nuo operacijos pasidaro deformacija ir sutrumpėja galūnė. Nuo 15 iki 20 metų amžiaus, kol organizmas bręsta, operuojama tik del blogo ligonio stovio, kai vietinis procesas, greitai irdamas, veikia kitus organus ir kas kartas blogina bendrinį ligonio stovį. Prasidėjus amyloidozei, atidėlioti operacijų jau nėra prasmės, neatsižvelgiant nei į amžių, nei į ekonomines ligonio sąlygas. Po 20 metų amžiaus, kai organizmas jau subrendęs, jei procesas progresuoja ar stovi vietoje, mūsų gyvenimo sąlygomis, kai dauguma ligonių yra beturčiai, gydyti konservatiškai jau nebeapsimoka ir rekomenduojama operuoti.

Indikacijos vietiniam židiniui pašalinti. Esant procesui arti sąnario articulatio talocruralis blauzdikaulio arba šeivikaulio gale, calcaneus'o arba talus'o srityje, židinys reikia pašalinti. Kai procesas yra ekstraartikulinis, ar jis bus su fistulėmis arba be jų, vietinis židinys šalintinas. Mūsų chirurginėje klinikoje židinys išgramdomas su šaukštuku ir nuodugniai išvalomas. Tokios intervencijos nereikia per ilgai delsti, kad procesas nepersimestų į sąnarį, nes pastaruoju atveju sąnario funkcijų dažniausiai nepasiseka grąžinti. Kartais lokalizuotas židinys ir išnyksta, tačiau jei keliolika rentgeno nuotraukų su mažomis pertraukomis rodo proceso palinkimą plėstis toliau, tai tuo atveju židinys patartina pašalinti. Išvalius židinį, aklai užsiuvama, jei galima, plombavus su bismuto arba jodoformo pastomis, arba defektas padengiamas raumenų gabaliukais.

Indikacijos rezekcijai. Prieš darant sąnario rezekciją, kreiptinas dėmesys į ligonio amžių; ir kai nėra gyvybinės indikacijos, esant jaunam amžiui, tai rezekcija nedaroma, o gydoma konservatiškai. Kai procesas lokalizuojasi sąnaryje, esant kaulų galams apgriuvusiems, ir kai, konservatiškai gydomas procesas progresuoja, patartina daryti sąnario rezekcija. Kai pakitimų kauluose ir nėra, bet yra atkakli pūlinė sinovijinė forma, nepasiduodanti konservatiškai gydoma, patartina daryti rezekcija. Tačiau kai kurie autoriai, kaip, pvz., Klapp ir kiti, sąnario rezekciją tbc. proceso atveju laiko indikuotina tik organizme esant sunkiam procesui, pvz., plaučių aktyviam procesui, arba inkstų amyloidozei.

Kai tuberkuliozinis procesas yra sunaikinęs articulatio talocruralis ir talocalcanea tarpus ir kai apnaikintame talus'e yra pasireiškę paraartikuliniai reiškiniai, esant dar calcaneus'o didesnei daliai sveikai, mūsų chirurginėje klinikoje buvo daroma Pirogov'o osteoplastinė amputacija. Kai tbc. procesas jau yra sugriovęs calcaneus'ą ir talus'ą, bet metatarsiniams kaulams esant dar sveikiems, daroma amputacija arba Vladimir'o-Mikulicz'o rezekcija.

Žemiau patiekiama 6-ji lentelė, iš kurios bus matoma, kiek ir kurių operacijų buvo padaryta, begydant tbc. articulationum talocruralis ir talocalcaneae. (Žiūr. 6 lentelę).

6-ji lentelė.

Operacijos būdai	Ligonių skaičius
Lokalizuoto židinio pašalinimas, kartu išvalant ir esančias fistules	8
Rezekcija Kocher'io būdu	4
„ Vladimir'o-Mikulicz'o būdai . . .	3
Amputatio Pirogov'i	4
Iš viso	19

Iš 19 ligonių, operatiškai gydytų del tbc. articulationum talocruralis ir talocalcaneae, 8 ligoniai turėjo fistulių, kas sudaro apie 42,1%. Kiti autoriai, kaip, pvz., V. Chrennikov ir F. Sivenko, savo gausingesnėje medžiagoje nurodo, kad tbc. articulationis talocruralis ir kitų smulkių pėdos sąnarių atveju fistulių pasitaikę tik 14,3%. Iš to galima spręsti, kad mūsų ligoniai pateko į kliniką labai užleistoje stadijoje, turėdami mišrią infekciją, o tokių ligonių gydymas būna daug sunkesnis, negu esant uždarai formai, be fistulių. Nors fistulės, pasak kai kurių autorių, kitų sąnarių tbc. atveju daug dažniau pasitaiko negu tbc. pedis atveju.

Pateikiama 7-ji lentelė, iš kurios matoma, kurio sąnario tbc. susirgimo atveju daugiausia pasitaiko fistulių. Čia medžiaga paimta iš rusų autorių Chrennikov'o ir Sivenko („Chirurgija“ 1937 metų). (Žiūr. 7 lentelę).

7-ji lentelė.

Tbc.	pedis	duoda	fistulių	14,3%
„	coxitis	„	„	25,2%
„	gonitis	„	„	20,2%
„	spondilitis	„	„	22,7%

Iš lentelės matome, kad fistulių daugiausia pasitaiko tuberkuliozinių koksitų atvejais, o mažiausia—tbc. pedis atvejais.

Fistulių gydymas yra labai sunkus, ypač kai jos pačios pasidaro po trūkusių abscesų. Kartais nei konservatiškais, nei operatiškais būdais nepasiseka fistulių užgydyti ir reikalinga daug kantrybės begydant tiek iš gydytojo, tiek ir iš ligonio pusės. Kai kurie vokiečių autoriai siūlo šį fistulių gydymo būdą: jodo, chinino, pyrogalolio, 5% tanino skiedinius, koncentruotą sol. kali hypermanganici. Calot leidžia į fistulę jodoform'o - kreosot'o arba camphornaphthol'io kas 2—3 dienos, iš viso 10 injekcijų. Po pertraukos vėl kartojama. Rusų autoriai Chrennikov ir Sivenko nurodo daug būdų, kaip gydytinos senos arba naujos fistulės. Žemiau dedama 8-oji lentelė, iš kurios matomi tbc. fistulių gydymo būdai. (Žiūr. 8 lentelę).

8-ji lentelė.

Fistulių gydymo būdai	Fistulių pobūdis ir skaičius			% gydytų fist.
	Senos	Naujos	Po operacijos	
Aseptinis tvartis . . .	74	16	17	44%
Operatiški gydymo būdai	37	—	1	11%
Kombinuotas „ būdas	31	5	5	14,9%
Jodoforminė emulsija . .	14	4	0	9,7%
Cu + Zn	25	3	1	10,5%

Aseptinis tvartis vartojamas ten, kur į fistulę nebuvo patekę jokių medžiagų. Naudojamas grynas aseptinis tvartis. Operatišku būdu pašalinamas kaulo tbc. židinys, kuris palaiko fistules. Kombinuotu gydymu, kuris nurodytas lentelėje, reikia suprasti, kad buvo panaudota daug įvairių medžiagų, ir nebuvo galima nustatyti, kuri iš jų geriau veikė. Kaip profilaktiką prieš fistules autorius nurodo, kad abscesai reikalinga tai-

syklingai gydyti, kad jie, pritvinkę, neduotų mišrios infekcijos. Lentelėje nurodytų Cu+Zn receptas šis:

Rp. Cupri sulfurici
Zinci sulfurici aa 6,0
Aq. destill. 88,0.

Švirkščiama į fistulę po 3 kub. cm. kas 2—3 savaitės per 6 mėn. ir padaroma 17 švirkštimų po 2—3 kub. cm. šito skiedinio.

Autorius, begydydamas fistules aukščiau minėtais būdais, gavęs 44,5% gerų randinių fistulių sugijimų, 20,9% pagerėjimų, 17% be pakitimų ir 16% pablogėjimų.

Rusų autoriai K r e m e r ir V u z e profilaktikai, norėdami negauti fistulių mišrios infekcijos ir užsiteršimo nuo odos, siūlo ant fistulių dėti spirite suvilgytą marlę.

Dabartinis ligonių stovis. Per 10 metų, nuo 1928 iki 1937 metų, mūsų chirurginėje klinikoje buvo operuota 19 ligonių del tbc. articulationum talocruralis ir talocalcaneae. Pažiūrėsime, koks dabartinis ligonių stovis. Ligoniai buvo iškviesti sveikatos patikrinti. Vieni atvyko patys, nuo kitų ligonių per gimines buvo gauti užpildyti blankai su atsakymais į klausymus. Iš patikrintų ligonių buvo nugirstama subjektyvių nusiskundimų, kad negali vaikščioti taip tvirtai kaip anksčiau, greit pavargstą operuotąja koja priminant. Kiti nusiskundė, kad turėję pakeisti profesiją, nes negalėję daug vaikščioti: profesiją, kuri reikalavo nuo ligonių daug stovėti arba vaikščioti, turėję pakeisti į profesiją, susijusią su ilgesniu sėdėjimu.

Begydant tuberkuliozinius sąnarius, ypač operatiškais būdais, turimas tikslas gauti sveikus randinius audinius, o sąnario paslankumas stovi antroje vietoje. Nors ligoniai nusiskundžia sąnario nepaslankumu, o procesas yra užgijęs, turi sveiką tvirtą koją, kuria gali pasiremti, kad ir kiek pavargsta vaikščiodami, reikia laikyti geru operatiško gydymo rezultatu. Pasak kai kurių autorių, kai procesas po operacijos praslinkus 4—5 metams nerecidyvuoja, tai toks procesas reikia laikyti jau visai pasveikusiu, nors recidyvai pasitaiko ir vėliau negu po 5 metų. Žemiau teikiama 9-ji lentelė, kur nurodyta, kiek laiko yra praslinkę po operacijos. (Žiūr. 9 lentelę).

Iš šitos lentelės matoma, kad 11-kai operuotų ligonių jau buvo praėję nuo 4 iki 10 metų po operacijos, o iš jų vienas mirė nuo aktyvaus plaučių proceso; vienam, praėjus 2 metams po operacijos, atsidarė fistulė, kuri ir dabar tebepūliuoja. 9-iems ligoniams, praslinkus po operacijos daugiau kaip 4 metams, recidyvų nėra, turi tvirtą koją, su kuria gali vaikščioti ir dirbti darbą. Šita ligonių grupė reikia laikyti geru operatiško gydymo rezultatu, kas sudaro apie 50% operuotų ligonių. Vienam

9-ji lentelė.

Kiek metų praėjo po operacijos?	Ligonių skaičius
Nuo 0,5 metų iki 1 metų . .	2
„ 1 „ „ 2 „ . .	6
„ 4 „ „ 5 „ . .	4
„ 6 „ „ 8 „ . ,	4
„ 8 „ „ 10 „ . .	3
Iš viso	19

ligoniui atsirado recidyvas, kas reikia laikyti operatiško gydymo blogu rezultatu, tat sudaro 5,5% operatiško gydymo. Iš II grupės 8 operuotų ligonių, praslinkus nuo operacijos pradžios 1—2 metams, mirė vienas inkstų amyloidoze, o nuo vieno negauta jokių žinių; iš kitų likusių, galima spėti, kad koks vienas per 2—3 metus gali duoti recidyvus. Jei likusieji iš antros grupės operuoti ligoniai galima laikyti sėkmingai išgydytais, tat sudaro 27,3% ir prie blogai pagijusių reikia pridėti 5,5%, prileidžiant vieną recidyvą del tbc. talocruralis ir talocalcaneae. Taigi, gerai operatiškai pagydytų yra 77,3% ir 10,4% nuo operacijos gautas blogas rezultatas, o likęs procentas tenka ligoniams, kurie mirė nuo plaučių aktyvaus proceso ir inkstų amyloidozės. Šitie paskutiniai ligoniai mirė ne del operacijos, o del aktyvaus proceso kituose organuose ir tat negalima laikyti blogu operatiško gydymo ženklu. 2-iems ligoniams buvo konstatuotas pes planus padėtis, kuri ligonį truputį vargina vaikščiojant. 8 ligoniams buvo pašalintas vietinis židinys ir iš jų 3-ims visiškai atsistatė sąnarių funkcija.

Išvados.

1. Į kliniką ligoniai pateko su tbc. articulationum talocruralis ir talocalcaneae labai užleistoje stadijoje ir sergą net iki 12 metų. Dalis ligonių pateko kiek pavėlavę del blogų socialinių sąlygų; dalis ligonių buvo per vėlai atvykę del to, kad konservatiško gydymo šalininkai, per daug įvertindami šitą gydymą, procesui progresuojant, nepatarė ligoniui operuotis.

2. Operatiškas gydymas duoda geresnių rezultatų, kai operuojami lokalizuoti židiniai ir neturį fistulių. Tokiu atveju galima net sąnario funkcija apsaugoti. Lokalizuotą židinį operuojant mūsų chirurginėje klinikoje, sąnario funkcija buvo apsaugota apie 37%.

3. Mūsų socialinėmis sąlygomis po 20 metų, kada organizmas subrendęs, konservatiškam gydymui nedavus teigiamų rezultatų, patartina operuoti, nes operatiškas gydymas trum-

pesnis, pigesnis ir duoda 77,3% gerų rezultatų mūsų chirurginės klinikos duomenimis.

4. Jauno amžiaus ligoniai, iki 14 metų, turį tbc. articulationum talocruralis ir talocalcaneae, neoperuotini, jei nėra indicatio vitalis, nes jauno amžiaus ligoniai geriau pasiduoda konservatiškai gydomi negu vyresniojo amžiaus, o, be to, operatiškas gydymas jauname amžiuje duoda didelių galūnės sutrumpėjimų, deformacijų ir net didesnį mirtingumą negu suaugusiems.

5. Daugiausia mūsų krašte pasitaikė tarp sergančių tbc. articulationum talocruralis et talocalcaneae paprastų lauko darbininkų ir smulkių žemės savininkų. Beturčiai, kurie neturi savo žemės, gydomi savivaldybės lėšomis. Tuo būdu jų sveikata yra geriau aprūpinta ir kartais net jų materialinė padėtis yra žymiai geresnė už smulkius žemės savininkus, kurie turi žemės 1—2 hektarus ir kurių šeimos susideda iš 4—5 narių. Jų padėtis žymiai pablogėja, kai šeimos narį ištinka liga arba kita kuri nelaimė. Reikėtų, kad ir smulkius žemės savininkus, turinčius žemės apie 1—2 ha ir turinčius dideles šeimas, gydytų savivaldybė. Didelės šeimos, susidedančios iš 8—10 narių, išminta, blogai žemei esant, namie tik 3—4 šeimos nariai, o likusieji ieško pragyvenimo šaltinių kitur ir šitie likusieji reikia laikyti beturčiais. Ne kartą iš tokios šeimos, susirgus vienam kuriam asmeniui chronišku susirgimu, ypač kaulų ir sąnarių tuberkulioze, kreipiamasi į savivaldybę del liudijimo gydymuisi, bet, negaudami liudijimo savivaldybės lėšomis gydytis, pasilieka be jokios medicinškos pagelbos, užvilkina ligą ir lieka invalidais.

Reikėtų, kad ir smulkieji žemės savininkai, turį dideles šeimas, gautų medicinos pagalbą savivaldybės lėšomis. Tuo būdu būtų suaktyvinta kova su tuberkulioze Lietuvoje, mažiau būtų invalidų, mažiau savivaldybėms atsieitų ligoninės ir prieglaudos chronikams. Dažnai savivaldybės taupumo ir pigumo sumetimais neduoda galimumo įvairiems beturčiams tuberkuliozininkams savo laiku gydytis, manydami išvengsią išlaidų ir išsiversią pigiau, bet labai dažnai tokiuo atveju vietoje pigumo išeina brangiau, nes operatiškas gydymas (arba net savo laiku konservatiškas) atsieitų 300—400 litų, o vėliau, savo laiku neoperuoto tokio chroniko tuberkuliozininko išlaikymas chronikų ligoninėse ir prieglaudose atsieina keliolika tūkstančių ir vis tiek jis lieka invalidu. Šitie invalidai yra sunki našta visuomenei.

LITERATŪRA.

1. Bandelier-Roepke: Tuberkulose der Knochen und Gelenke „Die Klinik der Tuberkulose". 1926.
2. Хохлов: Комбинированные множественные туберкулезные поражения костей и суставов („Хирургия". 1927. 10 пг.).

3. Хренников и Сивенко: Свищи при костно-суставном туберкулезе, („Хирургия". 1927, 10 nr.).
4. Kirschner-Nordmann: Chirurgie.
5. Klumsky: „Zentralblat für die Chirurgie". 1928.
6. F. Martens: „Bruns Beiträge zur klinische Chirurgie".
7 „Münchener Medicinische Wochenschrift": Klinische Erfahrungen über Jodoformosol, ein neues Medikament zur Behandlung chirurgischen Tuberkulosen.
8. F. Oehlecker: Tuberkulose der Knochen und Gelenke. 1924.
9. Dr. Quervain: Specielle Chirurgie Diagnostik.
10. Sultan: Частная хирургия.

AUTOREFERAT.

Die operative Behandlung der Tbc. articulationis talocruralis u. der articulationis talocalcaneae.

In der Chirurgischen Klinik der Universität Vytautas des Grossen wurden in dem Zeitraum von 10 Jahren (1928—1937) 35 Fälle mit Tbc. art. talocruralis u. talocalcaneae behandelt. Die Kranken suchten die Klinik schon als verältete Fälle auf, die Krankheit dauerte bei ihnen schon 1—12 Jahre. Meistens waren es einfache Landarbeiten oder kleine Landbesitzer. Die Tbc. pedis ist eine seltene Erkrankungen, nur 0,16% anderer chirurg. Tbc. Erkrankungen. Bessere Resultate ergibt die operative Behandlung, wenn geschlossene Herde ohne Fisteln operiert werden; dann ist es möglich sogar die Funktion widerherzustellen. Jugendliche Kranke mit Tbc. pedis, bis zum 14. Lebensjahr, bis der Organismus wächst, werden nicht operiert, denn hierergibt die konservative Behandlung bessere Resultate. Unter hiesigen sozialen Bedingungen, wo die Krankheit meist einfache Arbeiter oder kleine Landbesitzer schon nach dem 20. Lebensjahr, also wenn der Organismus schon gereift ist, befällt, sind die Resultate einer konservativen Behandlung negative, deshalb wird die operative Behandlung vorgeschlagen. Die operative Behandlung ist kürzer u. für die armen Leute billiger. Die operative Behandlung bei unserem klinischen Material ergab ein gutes Resultat, 77,3% Heilungen, obwohl die Kranken schon mit weit fortgeschrittenem Prozess zu uns kamen.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų".** „Medicinos" 1938 m. 8 nr. 705 psl.).

VII.

Dr. V. Burba,
Mažeikių apskr. ligoninė.

Pirminis krūties tuberkuliozės atsitikimas.

Ligonė Z. Št-nė, 40 metų, ligos ist. 257 nr., ligoninėje atsigulė 1938. III. 4 d., išsirašė 1938. III. 17 d.

Anamnezė: Prieš vienerius metus ligonė pastebėjusi kairiojoje krūtyje (glandula mammae) kietą, neskaudamą gumbą. Paskutiniu laiku padidėję mazgeliai kairiojoje pažastyje. Infekcinėmis ligomis nesirgusi, nekosėjusi, apskritai, iki šito susirgimo niekuomet nesirgusi. Gimdžiusi 5 kartus; vaikai sveiki. Persileidimų nebuvę.

Status praesens: Ligonė vidutinio ūgio, geros mitybos. Plaučiuose, auskultuojant ir perkutuojant, nieko nenormalaus nepastebėta. Širdyje nieko ypatingo. Viduriai ir urogenitalinė sistema nepakitę.

Kairiosios krūties lateralinėje pusėje apčiuopiamas kietas gumbas, obuolio didumo, mažai paslankus; krūties spenelis neįsitraukęs, lymfinės liaukos kairėje labai padidėjusios.

Kraujo analizės duomenys normos ribose; WR — neigiama.

Turint galvoje kietą auglį, padidėjusias liaukas, buvo nustatyta ši diagnozė: piktybinis auglys (carcinoma) kairiojoje krūtyje. Bendrinėje eterio narkozėje padaryta operacija amputatio gl. mammae ir pašalintos lymfinės liaukos in fossa axillari sin. Pašalintasis auglys su lymfinėmis liaukomis nusiųstas į V. Patologijos institutą, iš kur buvo gauta šitokia diagnozė: tuberculosis caseosa gland. mammae.

Iš ligos istorijos matoma, kad šituo atsitikimu buvo pirminės krūties tuberkuliozės atsitikimas.

Chirurg. literatūroje paskutiniu laiku tokie susirgimai ne tiek jau dažni, k. a.: Berger (Amerika) didelėje ligoninėje per 12 metų pastebėjęs tik 12 atsitikimų pirminės tbc. mammae; Iriborue (Argentina) — tik vieną atsitikimą; Petrari (Italija) — vieną atsitikimą; M. Gehel (Anglija) — 8 atsitikimus; Kcety (Amerika, U. S. A.) — 4 atsitikimus, ir Toddel (Italija) — 1 atsitikimą.

Krūties tuberkuliozė pasitaiko labai retai, su carcinoma gl. mammae santykiaudama kaip 1:200 ir sudarydama 1,4% visų krūties gl. mammae susirgimų. Dažniausiai suserga viena krūtis, labai retai — abidvi. Būna dviejų formų liga: difuziška ir atskirais mazgais. Dažniausiai suserga jaunesnio amžiaus moterys. Skausmų dažniausiai nėra.

Diferencinėje diagnozėje svarbu krūties tuberkuliozės nesupainioti su carcinoma. Kai yra dideli augliai ir nepastebimos metastazės, o iš spenelių teka pūliai, tai reikia manyti, kad yra tuberkuliozė. Užleistais atsitikimais būna abscesų, prakiurimų, mazgų; tada nesunku nustatyti tikra diagnozė, tačiau ligoniai visuomet anksčiau kreipiasi į gydytoją.

Patologo-anatomiškai šitie susirgimai skirstomi į 3 formas: 1) mazginė, 2) sklerozinė ir 3) atipiška forma.

Gland. mammae labai atspari prieš infekciją. Tbc. bacilai patenka į krūtį lymfiniais takais.

Vienintelė tiksli metodė diagnozei nustatyti yra mikroskopiškas tyrimas.

Gydymas — chirurgiškas, pašalinant tuberkuliozės paliestas vietas. Jei paliesti raumenys, tai terapija tokia pat kaip ir karcinomos atveju. Rentgeno terapija Kromayer'o lempa duoda recidyvus.

Šituo atsitikimu ligonė išsirašė praėjus 13 dienų po operacijos. Žaizda sugijo per primam.

AUTOREFERAT.

Der Fall einer primären Tuberkulose der glandula mammae.

Vom Autor wird der Fall einer 40-jährigen Frau mit einem harten Geschwür in der linken glandula mammae beschrieben. Die Drüsen der fossa axillaris waren hart und vergrössert. Alle übrigen Organe waren nor-

mal. Die histologische Untersuchung nach der Operation ergab eine Tuberkulose der glandula mammae. Die Tuberkulose der glandula mammae macht 1,4% aller Geschwüre der glandula mammae aus und verhält sich zu carcinoma glandula mammae wie 1:200. Die Therapie — nur chirurgisch, konservative bringt keinen Nutzen.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“.** „Medicinos“ 1938 m. 8 nr., 705 psl.).

VIII.

Prof. med. d-ro Al. Hagentorno pranešimas **„Kiškio lūpos operacijos klausimu“** „Medicinos“ Redakcijai neįteiktas. Jis vėliau bus išspausdintas skyrium.

IX.

Dr. V. Burba,
Mažeikių apskr. ligoninė.

Ūminis perforacinis apendicitas ir jo sėkmingo gydymo sąlygos.

1905 m. amerikiečių chirurgų suvažiavime žinomas chirurgas Murphy pasakė štai ką: „Ponai, ar ne laikas sustoti kalbėjus apie apendicitą?“ ir čia pat pridūrė: „Ne — jis reikia visada atsiminti ir visada apie jį kalbėti“. Nuo to laiko praėjo 33 metai. Tat ne mažas laikotarpis medicinos istorijoje, o ypač chirurgijoje. Kyla klausimai: ar šiuo laiku padėtis yra pagerėjusi? ar yra sumažėjęs mirtingumas nuo ūminių apendicitų? ar mums patenka atsitikimai susirgimo pradžioje, ar su perforacijos ir difuziško peritonito reiškiniais, arba su klaidingomis diagnozėmis? ir t. t. Reikia atvirai pasakyti, kad didelės pažangos nėra ir mes netoli tesame nužengę nuo Murphy'o laikų. Įvairiose klinikose konstatuojama, kad kiekvieneriais metais vis daugėja po apendicito įvairių komplikacijų skaičius.

Apendicitas—toks populiarus susirgimas visuomenės akyse, toks menkniekis, tokia lengva ir mėgiama jaunų, pradedančių chirurgų operacija, o vis delto pasirodo, kad šitas klausimas nuolat minimas chirurginėje spaudoje ir debatuojamas suvažiavimuose.

Kame dalykas? Jeigu mes susipažinsime su didelių chirurginių klinikų **statistika,** tai pamatysime šiuos rezultatus:

Baner (Švedija) — 3.759 ūminio apendicito atsitikimų, iš jų 1.449 atsitikimai susikomplikavę peritonitu, iš pastarojo skaičiaus buvę 773 atsitikimai difuziško peritonito. Hagguard (Amerika) — 3.444 atsitikimai; mirtingumas 3,39%, atsitikimais su perforacija 5%, o komplikacija peritonitais 27%; kiekvieneriais metais Šiaurinėje Amerikoje nuo ūminių apendicitų miršta 20.000 žmonių. Sprague (Amerika) — 1.463 atsiti-

kimai; mirtingumas — 2,73%. Mac. Stanten — 16.424 atsitikimai; mirtingumas 5,5%. Stone (Anglija) — bendras mirtingumas suaugusiems 2,9% ir vaikams 7,75%. Bower — bendras mirtingumas tarp 1913 ir 1923 m. nuo apendicitų — 22,3%, vietinis peritonitas iš bendro skaičiaus buvo 19,5%, difuziškas 80,5%. Reil — bendras mirtingumas nuo apendicitų 9,8%. Gundel (Vokietija) — mirtingumas nuo apendicitų Vokietijoje svyruoja nuo 5% iki 10%. Nepaisant progreso diagnostikos ir chirurginės technikos srityje, mirtingumas Vokietijoje nuo apendicitų nemažėja. Christopher — mirtingumas nuo visų įregistruotų ūminio apendicito atsitikimų Paryžiuje — 8%, Anglijoje — 7%. De Cowrey — mirtingumas nuo perforuotų apendicitų 3.550 atsitikimų — 1933 m. 24,5%, 1934 m. — 23,1% ir 1935 m. — 11,4%.

Mano praktikoje, Mažeikių apskrities ligoninėje dirbant nuo 1924 iki 1937 m. imtinai, buvo 343 ūminio apendicito atsitikimai, iš jų mirė 28 žmonės, tuo būdu mirtingumo procentas = 8,1%. Pažymiu, kad į šitą skaičių įeina visi perforaciniai, vietiniai ir difuziški peritonitai, o taip pat vaikai su komplikuotais apendicitais.

Kiekvienas chirurgas, dirbęs ar dirbąs provincijoje, gerai žino, su kokiais sunkiais ir užleistais atsitikimais tenka turėti reikalo.

Tuo būdu mano praktikoje mirtingumo procentas galima gretinti su skaičiais, paskelbtais chirurginėje literatūroje, pagrįstais stambesnių Europos ir Amerikos centrų statistika, pavyzdžiui, su Reil'io ir Christopher'o skaičiais. Tuo būdu iš suminėtų skaičių matyti, kad mirtingumo procentas nuo apendicitų yra palyginti didelis, ypač didelis susikomplikavusių peritonitų atsitikimais. Noriu dar pabrėžti, kad kai kurių chirurgų, pvz., Philemon'o, yra pastebėta, kad mirtingumas gydytojų tarpe nuo apendicitų yra didesnis negu kitų ligonių. Atrodo kaip paradoksas, tačiau taip yra. Kai kurių manymu, šito reiškinio priežastimi yra pavėluota operacija, del gausių konsiliumų, analizių, abejojimų ir t. t. Čia, mano manymu, pravartu atsiminti Heine's eilės: „Hundert vierzig Professoren — Vaterland du bist verloren".

Pagaliau, del ko ūminis apendicitas vis dar tebėra neišspręsta **chirurgijos problema?** Gal didelis mirtingumo procentas pareina nuo klaidingų diagnozių, nelaiku padarytos operacijos, nepakankamos chirurginės technikos, nepakankamos pooperaciniame perijode priežiūros, arba dar nuo kurių nors nežinomų priežasčių? Visi suminėtieji reiškiniai šituo klausimu turi didelės reikšmės.

Kovojant su apendicitais turi didelės svarbos **chirurginė profilaktika,** t. y. kova su apendicitais, supažindinant plačiąsias

mases su šito susirgimo esme per paskaitas, radiją, brošiūras, ypatingą dėmesį kreipiant į paleidžiamųjų vaistų pavojų esant ūminiams pilvo susirgimams. Užsieniuose šitoje srityje daug veikiama ir perforuotų apendicitų skaičius, pvz., Anglijoje, turi tendencijos mažėti: taip, pvz., nuo 1906 m. iki 1910 m. ligonių su perforacijomis buvo 42,16%; nuo 1926 m. iki 1930 m. — 18,17%; 1933 m. — 24,5%; 1935 m. — 11,4% tat yra propogandos ir mediciniškų žinių populiarizacijos padarinys. Tačiau paleidžiamųjų vaistų vartojimo ūminio apendicito priepuolio metu ir užsieniuose yra didelis, taip, pvz., 22-me chirurgų suvažiavime amerikietis Finney savo referate nurodė 40,5% skaitmenį. Pas mus taip pat turi būti pradėta profilaktinė kova su apendicitais.

Toliau prie chirurginės profilaktikos aš priskiriu taip pat ir asmeniską pačių chirurgų profilaktiką; tuo aš noriu pasakyti, kad reikalinga likviduoti pradedančiųjų jaunų chirurgų nuomonę, kad ūminio apendicito operacija labai lengvas dalykas ir galima ji daryti, prieš tai padarius 2—3 chroniško nekomplikuoto apendicito operacijas. Ūminio apendicito operacija gali būti ir labai lengva ir labai sunki; kai kada yra reikalinga prityrusio chirurgo technika ir tenka parodyti daug kantrybės ir šaltakraujiškumo, norint operaciją padaryti gerai ir greitai; ypač jaunas chirurgas turi mokėti gerai vesti pooperacinį periodą, bet, deja, tat ne visi moka.

Antras pasisekimo veiksnys yra tiksli **diagnozė;** ji ne taip lengva, kaip kad atrodo. Prof. Borhardt, pasinaudojęs didele medžiaga, įrodė, kad, diagnozuojant, apskritai, apendicitus ir ūminius apendicitus, gydytojams praktikams pasitaiko 20% klaidų, o chirurgams — 6%. Patologo-anatomams pasitaiko 10% klaidų. Visi klasiniai simptomai, diagnozuojant ūminį apendicitą, neduoda 100% tikrumo.

Pavyzdžiui, temperatūra. Kiekvienas chirurgas iš savo praktikos žino, kad būna gangreninių, destrukcinių apendicitų be jokio temperatūros pakilimo. Taip, pvz., Hyel (Švedija), pasirėmęs 5.287 ūminio apendicito atsitikimais, tvirtina, kad vienam trečdaliui šitų ligonių pirmąją parą būnanti normali t⁰-ra.

Pulsas taip pat nepastovus simptomas, nes pasitaiko destrukcinių apendicitų su normaliu pulsu.

Defence musculaire taip pat ne visada pasitaiko, ir jo nebuvimas nieko nesako.

Patikimiausi simptonai yra skausmas, leukocitozė ir vėmimas; taip, pvz., iš 2.921 ūminio apendicito atsitikimų, pagal Reil'io stebėjimus, skausmai buvę 94%, o vėmimas — 80%. Pastaruoju laiku didelės reikšmės skiriama Westergreen'o reakcijai, diferencijuojant ūminį apen-

dicitą su kitais pilvo tuštymo ūminiais susirgimais; Westergreen'o reakcija ūminių apendicitų atveju, išskiriant atsitikimus, susikomplikavusius su abscesais, paprastai būna normali. Šita tema buvo diskutuojama praeituose chirurgų suvažiavimuose.

Iki pastarojo laiko klausimas, **kada operuoti,** lieka ginčytinas. Del taisyklės, kad reikalinga operuoti kogreičiausiai, būtent, pirmąją parą, skirtingų nuomonių nėra; tačiau klausimas del operacijos praėjus 24 val. įvairiai diskutuojamas.

Bendra formulė, kad, praėjus 24 val. nuo ligos pradžios, reikia laukti, stebėti ir pablogėjimo atveju tuojau operuoti, dar yra svarstytina. Stebėti ir laukti — senas anglų politikų dėsnis „to wait and see" — čia ne visai tinka. Niekada negalime žinoti, kokia bus tolimesnė ligos eiga; susirgimas, kuris iš pradžių atrodė gerybinis, staiga gali virsti destrukciniu — gangreniniu atsitikimu su ileo-cekalinių venų flebitais, taip, kad operatiško gydymo pasėkos jau darosi abejotinos. R y l e savo pranešime karališkoje chirurgų draugijoje nurodė, kad perforacija be jokių ankstybesnių simptomų gali įvykti per tris valandas. Terapeutas, kuris nedalyvauja prie operacijų ir kuris patologo-anatominį ūminio apendicito vaizdą žino tik teoriškai, gali laukti tikėdamasis pagerėjimo iš konservatiško gydymo; tačiau chirurgas, nepaisydamas valandų ir susirgimo pradžios, turi tuojau operuoti, nenorėdamas susilaukti komplikacijų — perforacijos ir peritonito.

Mes bijomės operuoti infiltracijos stadijoje, bet infiltracija rodo destrukcinių pakitimų pavojų. Štai konkretus vaizdas iš praktikos:

Atvyksta ligonis su ūminio apendicito diagnoze; t° 37,3°, pulsas 80, vyras stipraus kūno sudėjimo, į ligoninę atėjo pėsčias; iki operacijos ligonis nesutinka gulėti, serga 4 d., skausmingumas ileo-cekalinėje srityje ne labai ryškus, yra nežymus defence musculaire. Pasak konservatorių, reikėtų laukti ir stebėti tolimesnė ligos eiga — „to wait and see". Ligonis buvo tuojau operuotas ir buvo rastas gangreninis apendicitas.

Tokių pavyzdžių gali nurodyti kiekvienas chirurgas, kuris operuoja ir 24 valandoms nepraėjus. Aš manau, kad vertėtų padaryti išvada, kad kiekvienas atsitikimas, nustačius apendicito diagnozę, turi būti operuojamas, nekreipiant dėmesio į terminą nuo ligos pradžios, išskiriant atsitikimus, kur ileo-cekalinėje srityje apčiuopiamas infiltratas, ir tik šitie pastarieji atsitikimai konservatiškai gydytini. Be to, visi praktikuojantieji gydytojai, ne chirurgai, ypač dirbantieji provincijoje, turi įsidėmėti, kad indikacijas operacijai nustato chirurgas, ir kad kiekvienas atsitikimas, kur yra nustatyta apendicito diagnozė, turi būti perduodamas chirurgui. Tada daugeliu atvejų bus išvengta peritonito pavojaus ir kartu nenukentės gydytojo reputacija. Apendicitas yra chirurginė liga ir terapeutas čia turi apsirėžti tik diagnoze.

Operacijos technika sėkmingai ūminiam apendicitui gydyti turi didelės reikšmės. Nepaisant didelio kiekio padarytų apendektomijų, operacinės technikos modifikacijos iki šiol vis aprašomos įvairiuose chirurginuose žurnaluose.

Sąsyjyje su operacine technika paminėtina ir **anestezija.** Geriausias anestezijos būdas įvairių ūminio apendicito susirgimų atveju yra spinalinė (liumbalinė) anestezija, kuri pastaruoju laiku vis labiau ir labiau pripažįstama įvairių Europos ir Amerikos klinikų. Taip, D e a r e r sako, kad spinalinė anestezija rekomenduotina ypač ūminiams apendicitams — autoriui iš 5.000 operacijų nebuvę nė vieno mirtingo atsitikimo. H o b l e r (Vokietija) ypatingai pabrėžia, kad sunkiais atsitikimais spinalinė anestezija yra nepakeičiama. K i r s c h n e r, žinomas chirurgijos srityje autoritetas, savo paskutiniame operacinės chirurgijos leidinyje sako, kad spinalinė anestezija labai tinkanti chroniškų, o ypač ūminių apendicitų atveju. Vietinė anestezija tinka ten, kur nėra suaugimų, bet kas gali tat numatyti; o ūminiais atsitikimais, aš iš savo pusės pridursiu, ji visai netinka. Uolūs spinalinės anestezijos šalininkai yra R y l e ir M o r l e y (Anglija), kurie sako, kad nuo šitos rūšies anestezijos įvykstąs didesnis raumenų atsipalaidavimas ir eo ipso palengvėjąs priėjimas, operacijos metu įvykstanti mažesnė trauma. Prieš 2 metus mūsų chirurgų suvažiavime diskusijų metu bei mano pranešimo apie spinalinę anesteziją vienas iš oponentų išsitarė, kad taikyti spinalinė anestezija apendicito operacijoms, esą tat pat, ką ir iš patrankos žvirblius šaudyti. Tačiau, kaip matome, ir toks autoritetas kaip K i r s c h n e r šaudo iš šitų patrankų ir visai nemano, kad žvirblis šituo atsitikimu būtų per menkas paukštis.

Del pačios **operacijos technikos,** mano manymu, priėjimas yra svarbiausias dalykas, todėl visi maži kosmetiniai pjūviai ūminio apendicito atveju visai netinka, nes jie varžo chirurgo veikimą, verčia dirbti aklai ir sudaro bereikalingą traumą. Maži pjūviai ir chroniškų apendicitų atveju, ypač moterims, vengtini. Juk negalima būti tikram, kad operacijos metu nerasime kurios nors patologijos adneksuose, nors operacijai ir būtų panaudotos visos tobuliausios diagnostikos metodės. Kiekvieno chirurgo pareiga, padarius moteriai apendektomiją, patikrinti adneksus ir, apskritai, mažojo dubens organus. Kaip galima tat padaryti turint mažą pjūvį? Pjūvis turi duoti gerą priėjimą — pro klasiškus pakankamus pjūvius galima daug nuveikti; ypač ūminio apendicito atveju pjūvis turi duoti gerą priėjimą, nes ten aklas darbas sudaro bereikalingą traumą ir duoda komplikacijų. B r o w n, pavyzdžiui, paralyžinį ileus'ą sieja su technikos klaidomis; prie tokių klaidų priskaito ir mažą pjūvį, aklą operaciją ir nepakankamą hemostazę. Nepakankami

pjūviai ūminių apendicitų atveju yra chirurginė ekvilibristika — aukštyn kojomis vaikščiojimas. Vienuogalės žarnos vėdarėlis (atauga, appendix'as) turi būti būtinai pašalintas; pavartojus pakankamą techniką ir turint kantrumo, beveik visada pasiseka. Pažiūra, kad tuo būdu mes suardome suaugimus ir galime išplėsti infekciją, mano manymu, nepagrįsta, nes atsargiai ir metodiškai dirbant nieko blogo neatsitiks. Suprantamas dalykas, kad sunkiame ligonio stovyje su difuzišku peritonitu tenka pasitenkinti vien drenavimu. Kai kurių chirurgų pasiūlymas, audiniams esant labai infiltruotiems, nedėti kisetinių siūlių, o, tik perrišus ir prideginus, palikti kultė laisva, rodos, neduoda jokių blogų padarinių.

Labai svarbus yra **drenavimo** klausimas. Jeigu beveik visų chirurgų nuomonės sutampa del vietinių ir difuziškų peritonitų drenavimo, tai visai kitas dalykas del klausimo apie gangreninių neperforuotų apendicitų drenavimą. Pastaruoju laiku atsiranda daug drenavimo priešininkų; jų argumentai šie: 1) Suaugimai. Tačiau čia galima padaryti užmetimas, argi negaunama suaugimų ten, kur visai nebuvo drenuota? 2) Drenas greit apsirėžia nuo aplinkinių audinių ir nustoja funkcijavęs. Prieš tai galima pasakyti, kad tat dar neįrodyta; bet jeigu taip ir būtų, tai per 7—8 d. drenas gerai atliks savo funkcijas ir, kol susidarys suaugimai, organizmui bus susidariusios palankios sąlygos kovai su infekcija. 3) Drenas sukelia paralyžinį ileus'ą. Paralyžinio ileus'o priežastys yra infekcija, trauma operacijos metu, ir kiekvienas iš mūsų yra matęs paralyžinio ileu'so atsitikimus, kur visai nebuvo dreno. 4) Del dreno gali pasidaryti žarnose pragulų. Visai nepagrįstas užmetimas. Ar daug chirurgai yra matę tokių pragulų, jei tik ne labai ilgai buvo laikomas drenas? 5) Manoma, kad drenas sukelia retentio urinae. Bet mes gerai žinome atsitikimus, kada po chroniško apendicito operacijos ir nedrenavus atsiranda šlapimų užsilaikymas.

Suprantamas dalykas, kad idealas būtų visai nevartoti drenų, kitaip sakant, corpora aliena, ir žaizda užsiūti aklinai; bet jeigu taip kalbėti, tai dar geriau būtų, jeigu visai nebūtų apendicitų, o ypač, perforuotų.

Daug yra drenavimo šalininkų žinomų klinikų užsieniuose atstovų tarpe, k. a.:

Sprague (Amerika) mažiausio eksudato atveju dreną laiko būtinu. Muellеder sako, kad drenas būtinas, jeigu žarnos prisidengusios fibrozine plėvele. Doerfler tvirtina, kad visų gangreninių, toksinių atsitikimų atveju drenavimas būtinas. Golt (Anglija) — 1.413 atsitikimų, gangreninio apendicito atvejais drenas buvo įstatytas 75%, o perforacinio — 100%. Perret (Italija) sako, kad drenas būtinas, jei appen-

dix'as ir neperforavęsis, nes būna atsitikimų, kai perforacijos paprasta akimi ir nematoma, o ji gali turėti fatalinę reikšmę. Brown dreną laiko 48 valandas. Aš, pasirėmęs savo kukliu patyrimu, priklausau prie dreno šalininkų visais tais atsitikimais, kur turime gangreninį apendicitą.

Labai didelės reikšmės turi **drenavimo būdas.** Iš savo praktikos esu patyręs, kad geriausias būdas yra Deaver'o. Drenavimui vartojami 2 guminiai vamzdeliai: vienas įkišamas lateraliai nuo coecum ir colon ascendens į viršų iki hepar, antras — į cavum Douglasi ir į pašalinto appendix'o vietą įkišamas jodoforminės marlės juostelės. Drenai šalinami 6—7 d. Žaizda užsiuvama iki dreno. Šitą drenavimo būdą taikau sunkiais atsitikimais. Neįstatyti dreno yra rizika. Drenas yra senas chirurgų draugas ir niekas niekada nesigailėjo jį pavartojęs, priešingai, daug kas yra pasigailėjęs, kad nenorėjo, ar pamiršo įstatyti dreną.

Operacijos pabaigoje atsitikimais su eksudatu, ypač dvokiančiu, vartoju gerą seną metodę — **eterio įpylimą į pilvo tuštymą** ir niekada neteko man matyti nuo jo blogų padarinių.

Pastaruoju laiku kai kurie chirurgai, kaip, pavyzdžiui, De-Cousey, paralyžiniam lues'ui išvengti siūlo **coeum'o dekompresiją:** pašalinus appendix'ą, pro mažą pjūvį coecum'e įvedamas Peters'o kateteris ir antras galas išvedamas pro pjūvį odoje — išorinis galas suspaudžiamas spaustuvais ir laiks nuo laiko atpalaiduojamas dujoms išleisti. Tat gera profilaktinė coecostomia, vartojama sunkiais atsitikimais, kur tikimasi susilaukti paralyžinio ileus'o. Aš pats šituo atveju neturiu patyrimo.

Pastaruoju metu daugelis chirurgų įrodinėja, kad šalčio krėtimas ir temperatūra apendicito atveju yra **apendikuliarinių ir ileo-cekalinių venų septinės trombozės** padarinys, ir terapijai patariama ileo-cekalinių venų ligatūros. Yra aprašyta gerų rezultatų.

Pooperaciniame periode Fowler'o pozicija, įleidimas po oda fiziologinio skiedinio ir gliukozės, skrandžio ramumas, skrandžio drenas su duodeniniu zondu turi didelės reikšmės.

Įvairūs serumai, mano manymu, ypatingos reikšmės neturi.

Baigdamas paminėsiu dar keliais žodžiais **vaikų apendicitus.** Čia, kai tik nustatyta diagnozė, operacija visada indikuotina, drenas būtinai reikalingas — tat conditio sine qua non: perforacija vaikams gali labai greit įvykti.

Apendicitas yra labai rimtas susirgimas, atimąs daug gyvybių, iš kurių didelis procentas galima būtų išgelbėti; pagaliau apendicitas yra socialinė našta valstybei ir visuomeninėms organizacijoms, kaip, pavyzdžiui, ligonių kasoms, kurios daug

sumoka už gydymą ir pašalpas ligoniams. Vokietijoje kasmet išleidžiama tam reikalui daug milijonų markių.

Trumpai suglaudus, sėkmingai kovai su ūminiu apendicitu galima nurodyti šios **sąlygos:**

1. Chirurginė profilaktika.

2. Dėsnis — apendicitas gydomas tik chirurgų, ir, kai tik nustatyta diagnozė, jis tuojau operuotinas, nekreipiant dėmesio į laiką nuo susirgimo pradžios.

3. Atitinkama operacijos technika — spinalinė anestezija, didelis pjūvis, traumos minimumas, drenas.

4. Pooperaciniame periode sunkiais atsitikimais — F o w l e r'o pozicija, sol. glucosae ir NaCl, skrandžio ramumas.

Liumbaline anestezija tik dviem atvejais kontrindikuojama, būtent: kai yra žemas kraujospūdis ir kai esti stuburo ar galvos smegenų susirgimas.

AUTOREFERAT.

Appendicitis acuta perforativa und die Bedingungen seiner erfolgreichen Therapie.

Auf Grund seiner Praxis an 343 Fällen von appendicitis acuta perforativa, stellt der Autor folgende Bedingungen zu dessen erfolgreicher Therapie:

1) Gesellschaftliche Prophylaxe — Bekanntmachung breiter Massen mit der Gefährlichkeit dieser Erkrankung und dem Gebrauch von Abführungsmitteln dabei,

2) genaue Diagnose — die Hauptmerkmale hierbei sind Schmerz und défence musculaire — alle übrigen Merkmale, wie Temperatur, Puls und Leukocytoze haben weit geringere Bedeutung und zeigen meist nichts.

3) die Operation — hat sofort nach der festgestellten Diagnose zu erfolgen, unabhängig von den Tagen des Erkrankungsanfanges, mit Ausnahme von Fällen mit festem Infiltrat, die die konserwative Therapie zulassen,

4) die beste Anästhesie, in Einverständniss mit der Meinung von Prof. Kirschner, ist die lumbale Anästhesie,

5) die Schnittgrösse — der Chirurg darf sie nicht klein wählen, da dadurch die weitere Arbeit erschwert wird und man nur unnütz Trauma horvorrufen könnte,

6) in Fällen der Vereiterung des cavum abdominis gebrauche man die Drainage nach Deaver'a.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“.** „Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 706—707 psl.).

X.

Dr. V. Burba,
Mažeikių apskr. ligoninė.

Du torsio Fallopii atsitikimai ir vienas Graaff'o folikulio hemoragijos atsitikimas, simuliavę apendicitą.

Iš didelio skaičiaus susirgimų, simuliuojančių apendicito priepuolius, torsio tubae Fallopii labai retai pasitaiko. Pasaulinėje literatūroje iki šiam laikui yra aprašyti 68 torsio tubae atsitikimai; iš to skaičiaus 19 atsitikimų buvo torsio ovarii. Šitie duomenys T u m m e n'o (Švedija) surinkti. Šiais metais Mažeikių apskrities ligoninės chirurginiame skyriuje buvo viens po kito du jaunų ligonių 5 dienų protarpyje torsio tubae atsitikimai. Matyti, toks jau sutapimas — po pirmo atsitikimo sekė antras.

Pirmasis atsitikimas įdomus tuo, kad jis atsitiko virgo intacta. Ligonė Stasė St-iūtė; ligos istorijos 88 nr., 22 metų amžiaus, kaimietė; į ligoninę atvyko I. 15 d., išsirašė I. 25 d.

A n a m n e z ė. Prieš 11 dienų ligonė pajutusi didelius skausmus dešinėje ileo-cekalinėje srityje, kurie ypač padidėję prieš pat atvykstant į ligoninę; vėmusi.

S t a t u s p r a e s e n s. Ligonė gero kūno sudėjimo, geros mitybos, anksčiau nesirgusi.

P l a u č i u o s e ir š i r d y j e — nieko ypatingo. Mėnesinės tvarkingos, ateina laiku, trunka 3 dienas. Palpavimas ir perkutavimas ypač skausmingi Mac-Burney'o taške. Temp. 38°, defence musculaire, virgo intacta. Ligonė nerami del skausmų.

O p e r a c i j a. Liumbalinėje anestezijoje pjūvis kaip apendektomijai. Appendix—normalus. Pjūvis padidintas. Apžiūrimas dešinės pusės adneksas; pasirodo, dešinioji tuba apsisukusi apie savo ašį maždaug 360°, labai padidėjusi — daug hemoraginio tamsaus skysčio; dėčiai (ovarium) neužsisukę. Dešinioji tuba Falopii pašalinta, tuo pačiu metu profilaktiškai pašalintas ir appendix'as. Žaizda užsiūsta aklinai be jokio drenavimo. Po operacijos ligonė jautėsi gerai, žaizda sugijo per primam ir per 10 dienų ligonė pasveiko ir išsirašė iš ligoninės.

Šitas atsitikimas labai retas del to, kad ligonė virgo intacta, vadinasi, negalima manyti apie aborto bei gimdymo padarinius; be to, ligonė nėra sirgusi gonorėja ir syfiliu.

2-rasis atsitikimas. Ligonė Julė L-ienė, 25 metų amžiaus; į ligoninę atsigulė I. 20 d., išsirašė I. 31 d.; ligos istorijos 111 nr.

A n a m n e z ė. Prieš savaitę ligonė pajutusi didelius skausmus ileocekalinėje srityje; temperatūra aukšta. Mėnesinės tvarkingos, trunka 3—4 dienas. Buvęs vienas gimdymas normalus, po gimdymo nesirgusi; persileidimų nebuvę.

Ligonė kreipusis į internistą gydytoją, kuris pripažinęs appendix'o uždegimą ir atsiuntęs į ligoninę operacijai.

S t a t u s p r a e s e n s: Ligonė vidutinio ūgio, neblogos mitybos. Plaučiuose ir širdyje — norma. Temp. 37,2°. Palpuojant skausmai ileocekalinėje srityje, defence musculaire; nevėmė. Šlapimai nepakitę. Tiriant per vaginam adneksai neapčiuopiami, bet dešinėje pusėje yra skausmingumas.

Operacija. Liumbalinėje anestezijoje didelis pjūvis del apendektomijos; apžiūrėtas appendix'as, kuris rastas normalus, jokių uždegimo žymių. Apžiūrint dešiniuosius adneksus, rasta torsio tubae Fallopii, taip pat ir užsisukęs ovarium; visi užsisukusieji organai atrodo lyg koks hemoraginis konglomeratas; torsio 360°.

Mažajame dubenyje rasta daug tamsaus nekrozinio pobūdžio kraujo. Pašalinta dešinioji tuba Fallopii ir ovarium. Žaizda užsiūta aklinai be jokio drenavimo. Po operacijos ligonė jautėsi labai gerai; žaizda sugijo per primam, ir pasveikusi ligonė išsirašė po 10 dienų.

Po operacijos išpjautieji organai nusiųsti į V. Patologijos institutą mikroskopiškai ištirti, ir gautas toks atsakymas: Salpingitis, thrombosis vasorum, haemorrhagia ovarii.

Pasaulinėje literatūroje šitokiais atsitikimais iki operuojant, pasirodo, tikra diagnozė nebūdavo nustatoma; dažniausiai buvo palaikyta apendicitu ar graviditas extrauterina, nors graviditas extrauterina atveju būna ir kraujavimas.

Torsio dešinėje pusėje būna 60% visų atsitikimų ir mano šitais dviem atsitikimais taip pat buvo iš dešinės pusės. Tubos didumas įvairus, žiūrint kiek laiko yra praslinkę nuo pradžios užsisukimo.

Torsio tubae priežastys yra šios: 1) išsivystymo anomalija, fetalinis tubos stovis, per daug didelė tuba ir didelis mesosalpinx; 2) suaugimai; 3) inervacijos anomalija.

Pirmuoju atsitikimu torsio tubae būna uždegimo procesų atveju, o čia nebūta jokių uždegimo procesų.

Antrasis atsitikimas būdingas tuo, kad į užsisukimą buvo įtrauktas ir ovarium.

Yra dar vienas gana retas susirgimas, kur diagnozė nebūdavo tikrai nustatoma ir kuris simuliuodavo ūminį apenditą, tat yra Graaff'o folikulio ir corpus luteum ruptūra; toks atsitikimas pas mus buvo praeitais metais.

17 metų amžiaus mergaitė skundėsi dideliais skausmais ileo-cekalinėje srityje, vėmė, defence musculaire, temper. neaukšta, virgo intacta.

Operuojant rasta Graaff'o folikulio ruptūra ir mažajame dubenyje dešinysis ovarium hemoragiškas ir iš dalies surandėjęs, o appendix'as ir tuba buvo normalūs. Žaizda aklinai užsiūta; ligonė pasitaisė.

Šitas susirgimas nėra toks retas, kaip torsio tubae, taip kad Venn Hoyt ir Vincent Meigs nuo 1929 metų iki 1934 metų iš didelio skaičiaus ligonių turėjo tik 58 atsitikimus. Iš 50 atsitikimų Graaff'o folikulio ruptūros 48 atsitikimai buvo dešinėje pusėje. Didesni skausmai buvo 14 dieną tarpmenstruaciniame periode. Leukocitozė siekė iki 10.000. Diagnozei nustatyti būdinga, kad susirgimas būna tarpmenstruaciniame periode. Iš šitų 58 Graaff'o folikulių ruptūros atsitikimų 30 atsitikimų buvo spėjamas apendicitas, toliau buvo diagnozuojama salpingitis, graviditas extrauterina, salpingitis tbc.; corpus luteum ruptūra būna dažniau negu Graaff'o folikulio.

Šitokiais atsitikimais siūloma ovariotomija, ovarium dalies rezekcija. Diagnozei svarbu nuolatinis skausmas, neaukšta temp., pagreitėjęs pulsas, maža leukocitozė.

Iki šiam laikui pasaulinėje literatūroje Graaff'o folikulių ir corpus luteum ruptūrų atsitikimų buvo 239.

AUTOREFERAT.

Zwei Fälle der torsio tubae Fallopii und ein Fall der haemorrhagia e folliculo Graaff'i.

Der Autor beschreibt zwei Fälle torsio tubae Fallopii — eins bei einer virgo intacta und der zweite bei einer verheirateten Frau. Bis jetzt sind in der Weltliteratur nur 68 Fälle torsio tubae bekannt. Im ersten vom Autor beschriebenen Falle war es nur eine torsio tubae, im zweiten auch eine torsio ovarii. Die Diagnose ist sehr schwer und ist meist nie bis zur Operation sicher zu stellen, man verwechselt sie mit einer appendicitis oder mit einer adnexitis.

Ausserdem beschreibt der Autor einen Fall von haemorrhagia e folliculo Graaff'i bei einer 17-jährigen virgo intacta. Bei der Operation wurde ein grosser Bluterguss im cavum abdominis vorgefunden. Das Blut ergoss sich aus dem folliculo Graaff'i. Bis jetzt sind in der Weltliteratur nur 239 solcher Fälle beschrieben worden. Für die Diagnose ist von Wichtigkeit, dass die Erkrankung in der Zwischenmenstruationszeit erfolgt. Die Krankheit simuliert eine appendicitis oder eine graviditas extrauterina.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Diskusijos del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“.** „Medicinos“ 8 nr. 707 psl.).

XI.

Dr. K. Katilius.

Bazedovinių strumų operatiškas gydymas.

(V. D. Universiteto klinika. Vedėjas — prof. A. Hagentornas).

Nors mano tema liečia bazedovinių strumų operatišką gydymą, bet aš kartu kalbėsiu ir apie antrą gl. thyreoidea hyperfunkcijos grupę, kuri įvairių autorių įvairiai vadinama, k. a.: pagal Stern'ą—basedovoid, pagal Chvostek'ą—thyreoidismus, pagal Strack'ą — thyreotoxicosis ir t. t.

Šitie visi pavadinimai skiriasi nuo tipiško kliniško morbus Bazedovii vaizdo tik gl. thyreoidea hyperfunkcijos laipsniu arba net niuansu.

Morbus Basedovii pasižymi šiais savo tipiškais reiškiniais: struma, exophthalmus, tachycardia ir dar kitais šalutiniais pažymiais. O esant tyreotoksikozei, vieno kurio nors kardinalinio morbus Basedovii simptomo gali ir nebūti, pvz., exophthalmus'o; kiti gi gl. thyreoidea hyperfunkcijų reiškiniai esti stipriai pasireiškę.

Todėl paskutiniuoju laiku tarp thyreotoxicosis ir morbus Basedovii ypatingo skirtumo nedaroma.

Tiek etiologijos, tiek skirtumo atžvilgiu problema nėra išspręsta tarp vienos ir antros rūšies. Būtų lengviau išspręsti, kai turėtume tikrą matą susekti padidėjusiam gl. thyreoidea hormono kiekiui organizme.

Literatūroje nurodomi ir praktikoje vartojami netiesioginiai būdai pakitusio organizmo būsenai nustatyti. Tie būdai tai CO_2:O_2 (Grund-Umsatz, medžiagų apykaita) ir jodo kiekio nustatymas kraujyje. Abu būdai svarbesni terapijai kaip diagnostikai.

K r e c k e thyreotoxicosis sunkumo laipsnį nustatyti siūlo pagal Grund-Umsatz'ą. Pagal jo schemą —

I-o laipsnio bus, kai Grund-Umsatz yra žemiau kaip 30%;
II-o „ „ „ „ „ „ nuo 30% iki 50% ir
III-o „ „ „ „ „ „ daugiau kaip 50%.

Prof. R h a m'o manymu, I-o laipsnio thyreotoxicosis galima gydyti internistinėmis priemonėmis, o II-o ir III-o laipsnio — tik chirurginiais būdais.

Thyreotoxicosis atveju suserga ne tik gl. thyreoidea, bet nukenčia ir kiti organai, k. a.: kardiovaskuliarinė sistema, hepar, pancreas, ovaria ir t. t. Todėl gydant thyreotoxicosis operatiškai, ypač svarbu ištirti kardiovaskuliarinė sistema. Kliniški stebėjimai rodo, kad thyreotoxicosis atsitikimais išsivysto aritmija, myodegeneratio cordis ir net širdies dekompensacija. Pagydžius thyreotoxicosis, gali susitvarkyti širdies silpnumo reiškiniai ir kiti organai.

Paskiausioje literatūroje nurodoma, kad, norint sėkmingai operuoti (mažą mirtingumą turėti), ligonį operacijai paruošiant turi dalyvauti internistai, laboratorijų vedėjai ir chirurgai.

Prof. S i e b e c k širdies silpnumo reiškinių atveju pataria duoti ligoniams didelėmis dozėmis digitalio kartu su jodo paruošimu. Jis neigia pirmykštę nuomonę, kad digitalis, chinidinas ir kiti širdies vaistai, esant tyreotoksikozei, neveikia. Apie gerus rezultatus priešoperacinio paruošimo digitaliu ir chinidinu teigia ir H a a s.

P l ü m m e r pirmasis nurodė operacijos paruošimui jodu svarbą. Pagal jo schemą jodas duodamas didėjančiomis dozėmis (nuo 3 iki 15 lašų sol. Lugoli apie 10 dienų). Nuo jodo tyreotoksikozės reiškiniai mažėja, pulsas retėja, ligonio savijauta gerėja. Struma mažėja ir darosi kietesnė, Grund-Umsatz krinta.

Aš prisimenu porą ligonių su sunkiais Basedov'o reiškiniais, kurie, gavę jodo, tiek pagerėjo, kad nuo operacijos atsisakė ir iš klinikos išsirašė, matyti, manydami, kad pagis nuo vaistų ir neoperuoti. Bet, žinoma, buvo tik laikinas pagerėjimas.

Jei jodas duodamas ilgesnį laiką, tai visi tyreotoksikozės reiškiniai dar stipriau pasireiškia ir operacijos laikas reikia laikyti praleistu.

Sauerbruch ir kiti autoriai nurodo, kad, taikant priešoperacinį paruošimą jodu, šablono laikytis negalima. Viena, kad ne visi bazedovikai vienodai jautrūs jodui, o antra, svarbu žinoti, ar pacientas pirmiau buvo gydytas jodu.

Be paruošimo jodu, labai svarbu prieš operaciją duoti ligoniui keletą dienų visiškas ramumas, atitraukus jį iš kasdieninio gyvenimo apystovų. Ligoniui duotinas tik vegetariškas, pieniškas maistas. Iš raminamųjų vaistų geriausia duoti luminalio arba bromo.

Mūsų klinikoje ligonių, sergančių tyreotoksikoze, priešoperacinis paruošimas jodu sistemiškai nebuvo taikomas. Ir dauguma atsitikimų, kaip matyti iš ligos istorijų, jodas ir visai nebuvo duotas. Iš dalies gal todėl, kad mūsų pacientų dauguma ūkininkai, kurie ekonominiais sumetimais reikalauja greičiau operuoti. Jei neoperuojama, ligoniai labai nervinasi, o tat kenkia jau ir taip nervingiems ir neramiems ligoniams.

Jei jodas buvo duodamas, tai ne ilgiau kaip 3—4 dienas. Operacijos išvakarėse duodama luminalio arba bromo. Dažnai švirkščiama į veną sol. calcii chlorati 10%—10,0.

Mūsų klinikoje per 10 metų operatiškai buvo gydytos 288 strumos. Šitame skaičiuje vyrai sudaro 7%. Tyreotoksikozės kartu su tipišku morbus Basedovii buvo operuota 97 (33,3%) atsitikimai.

Struma malinga (ca) buvo 7 (2,4). Ir vienas (0,34%) buvo kretinizmo atsitikimas.

Iš minėtų 97 tyreotoksikozės atsitikimų, tipiškų morbus Basedovii buvo 5 (53,6%).

Operacija. Pusę valandos prieš operaciją ligoniui duodame sol. pantoponi. Operacijos laukas aptepamas 5% t-ra jodi. Operacija daroma visada vietinėje anestezijoje. Pro užsiūtos žaizdos kraštus statome drenukus arba tamponiukus. Pooperacinis perijodas praeina be ypatingų komplikacijų. Ligoniai 6—7 dieną keliasi iš lovos; 8—10 dieną išsirašo namo.

Abiejų skilčių rezekcija daryta 72 (74,2%) ligoniams. Iš jų 36 užrištos visos 4 arter. thyreoideae ir 36 užrištos tik 3 arter. thyreoideae.

Vienos skilties rezekcija daryta 22 (22,7%). Darant vienos skilties rezekciją, užrišamos 3 arter. thyreoideae.

Ligatūruotos arterijos, be rezekcijos, 2 ligoniams. Vienam iš jų vėliau buvo daryta rezekcija gl. thyreoidea, apie antro ligonio sveikatos stovį nežinoma.

Vienam ligoniui ekstirpuotas ganglion supremum n. sympathici.

Labiausiai mane domino mūsų klinikos operatiško gydymo pasiektieji rezultatai. Tuo tikslu visiems operuotiesiems ligoniams del tyreotoksikozės buvo išsiuntinėtos anketos. Į anketas atsakė arba atvažiavo pasitikrinti savo sveikatos iš viso 52 (53,6%) asmenys. Iš šitų (52) ir galima spręsti apie operatiško gydymo rezultatus.

Operatiško gydymo rezultatai. Tyreotoksikozės reiškiniai po operacijos pranyko ir dabar operuotieji ligoniai jaučiasi visai sveiki 50%. Kai kurie iš šitų asmenų buvo operuoti 1928—1933 metų laikotarpyje. Šitiems grįžo normali savijauta ir visiškas darbingumas.

Po operacijos žymiai pagerėjo 40,4%. Šitie turi šiokių tokių nusiskundimų arba, objektyviai ligonį tiriant, konstatuojami nežymūs tyreotoksikozės reiškiniai. Prie žymiai pagerėjusių priskiriu visus tuos, kurie prieš operaciją buvo nedarbingi arba mažai darbingi, o po operacijos tiek pagerėjo, kad virto darbingais. Priaugo nuo kelių iki keliolikos klgr. svorio. Menses ir viduriai susitvarkė. Bet ne visai praėjo širdies plakimas (užeina retkarčiais), ne visai pranyko exophthalmus, greičiau pavargsta.

Turint galvoje, kad į šitą grupę įeina dalis pacientų, operuotų prieš 1—2 metus, reika manyti, jog jų sveikata dar labiau pagerės, nes ir iš pirmosios grupės dalis pacientų pareiškė, kad jiems visi tyreotoksikozės reiškiniai praėjo tik po 1—2 metų nuo operacijos. Taigi, su maža paklaida gerų operatiško gydymo rezultatų turėsime 90,4%.

Po operacijos nepasveiko ir dabar jaučiasi visai nesveiki 3,8%.

Po operacijos buvo pasveikę, bet vėliau pradėjo vėl reikštis tyreotoksikozės reiškiniai 5,8%.

Panašūs statistikos duomenys nurodomi ir literatūroje.

Prof. S u d e c k nurodo: Visai pasveikusių 60,9%, žymiai pagerėjusių 29,3%, pagerėjusių 8,7% ir nepasveikusių 1,1%. Prof. R h a m nurodo pasveikusių 82%.

Mūsų klinikos medžiaga buvo įvairi: 7,2% buvo sirgusių tyreotoksikoze apie 10 metų; 21,6% buvo sirgusių vienerius metus; 11,3% buvo operuoti išsirgę pusę metų, ir t. t.

Mirtingumas mūsų klinikoje buvo 4,12% (mirė 4 iš 97 operuotų). Visi 4 pacientai mirė pirmąją parą po operacijos. Mirusieji prieš operaciją turėjo žymių kardiovaskuliarinių sutrikimų, k. a.: aritmiją, duslius širdies tonus, sistolinius ūžesius. Pulsas, atvykus į kliniką — 150 — 160 per min. Buvo operuoti, pulsui nukritus iki 110—120 per min. Buvo operuoti vienu momentu: dviem buvo daryta vienos skilties rezekcija ir dviem buvo rezekuotos abidvi skiltys.

T h. B ö t t g e r'iui (Leipcige) iš 118 operuotų bazedovikų mirė 4,2%.

Prof. Rham'ui (Breslavas) iš 203 operuotų sergančių tyreotoksikoze, mirė 3%. Amerikos chirurgų duomenimis mirtingumas neprašoka 1%.

Iš komplikacijų operacijos metu pažymėtinas vienai ligonei n. recurrens vienos pusės sužalojimas. Po ½ metų nuo operacijos ligonei afonija praėjo, bet pasilenkiant, lipant į kalną arba sunkiau fiziškai dirbant ligonė dūsta. Prieš operaciją struma ligonei buvo gydyta rentgeno spinduliais.

Tyreotoksikozės reiškiniai didelei daugumai ligonių sumažėja arba ir visai pranyksta pirmą - antrą mėnesį po operacijos. Pavieniais atsitikimais tyreotoksikozės reiškiniai visai pranyksta po 1—2—3 metų nuo operacijos. Ilgiausiai užsilaiko exophthalmus ir širdies plakimas. Exophthalmus gali ir visai nepranykti, nors šiaip ligonis jaučiasi ir visai sveikas.

Mūsų pacientams exophthalmus visai pranyko po operacijos 48,3%; sumažėjo 11,5%; nepasikeitė 9,6%.

Pažymėtina, kad 34% ligonių tyreotoksikozės susirgimą sieja su išgąsčiu, rūpesčiais, psichiniais pergyvenimais. 13,6% būta panašių susirgimų šeimoje.

Daugiausia sergama ketvirtame dešimtmetyje. Pvz., I amžiaus dešimtmetyje sirgo 0;

II	amžiaus	dešimtmetyje	(10—20 metų)	4,1%;
III	„	„	(20—30 „)	20,6%;
IV	„	„	(30—40 „)	52,6%;
V	„	„	(40—50 „)	16,5%;
VI	„	„	(50—60 „)	6,1%.

Baigdamas pažymėsiu, kad tyreotoksikozės susirgimai visoje Lietuvos teritorijoje yra pasiskirstę vienodai.

Darau išvadą, kad mūsų kliniką, nenaudodama ypatingai stipraus priešoperatiško paruošimo bazedovikų operacijai, turi ne blogesnius rezultatus kaip kitos klinikos.

ZUSAMMENFASSUNG.

Die operative Behandlung der Basedowstrumen.

Operiert wurden 97 Fälle von Thyreotoxikosen zusammen mit typischem morbus Basedowii. 52 waren typische Basedow-Fälle (53,6%). Vor der Operation wurden die Kranken nicht systematisch behandelt, weder nach Plümmer, noch mit Digitalis, noch mit Diät. Höchstens wurde 2—3 Tage vorher Jod gegeben. Operiert wurde immer in Lokalanaesthesie. An beiden Schnittenden wurden Drains belassen. Bei 72 Kranken wurden beide Lappen reseziert (74,2%), bei der Hälfte davon wurden alle 4 art. thyreoideae unterbunden, bei der anderen Hälfte nur 3 Arterien. Einseitige Resektion wurde bei 22 Kranken ausgeführt (22,7%). Bei diesen wurden 3 Arterien unterbunden: Ohne Resektion, nur mit Arterienligatur, wurden 2 Kranken behandelt. Bei einem davon wurde später die Resektion ausgeführt. Bei einem Kranken wurde extirpiert das ganglion supremum.

Zur Nachrüfung meldeten sich brieflich oder persönlich 52 (53,6%). Aus dieser Zahl wird über die Erfolge der operativen Behandlung beur-

teilt. Vollständige Heilung nach der Operation in 50%. Manche davon waren schon vor 8—10 Jahren operiert. Bedeutend gebessert — 40,4%. Die Kranken dieser Gruppe waren so gebessert, dass sie arbeitsfähig wurden. Das Herzklopfen liess nach, es besserte sich die Darmtätigkeit, die Menses, das Körpergewicht nahm zu u. a.

In 5,8% trat nach der Operation Besserung ein, doch stellen sich später wieder thyreotoxische Erscheinungen ein. Ganz ohne Erfolg: 3,8%.

Das Material war ein sehr ungünstiges. 7,2% litten an Thyreotoxikose schon etwa 10 Jahren lang. 21,6% waren seit 1 Jahr krank, 11,3%— 6 Monate lang krank. — Sterblichkeit 4,1%, der Tod erfolgte gleich am ersten Tage nach der Operation. Die thyreotoxischen Ercheinungen schwanden bei der Mehrzahl der Kranken im 1—2 Monat nach der Operation. In vereinzelten Fällen schwanden die thyreotoxischen Erscheinungen nach 1—2—3 Jahren. Der Exophthalmus schwand gänzlich in 48,3%, Besserung in 11,5%, ohne Erfolg in 9,6%. — 34% der thyreotoxischen Kranken gaben als Ursache der Krankheit an: Erschreckung, Sorgen, psychische Erlebnisse. In 13,6% fand man ähnliche Erkrankungen in der Familie.

Die Merzahl der Kranken waren in den 40-iger Jahren (52,6%).

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“.** „Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 707—708 psl.).

XII. *Gyd. S. Stonkus.*

Kaulų dirbtinio minkštinimo klausimu.

Iki paskutiniųjų laikų kaulų iškrypimams atitaisyti turėtas tiktai vienas būdas: dirbtinai sudaryti atitinkamoje kaulo vietoje fraktūra ir sugydyti ji kitokioje, labiau pageidaujamoje, padėtyje. Tam tikslui naudojamasi osteotomija, rečiau osteoklazija. Šitos operacijos duoda patenkinamus rezultatus, tačiau, kaip ir visos žalojamosios intervencijos, turi savo žinomus trūkumus. Todėl reikėtų laikyti nemažu laimėjimu, jei pavyktų rasti kaulų iškrypimams koreguoti labiau konservatiškas būdas.

Suaugusio žmogaus kaulas normaliame fiziologiniame stovyje esti praktiškai nelankstus. Jo elastingumo ribose galima pasiekti tik nežymus formos pakitimas; didesnės jėgos panaudojimas jau laužia. Tačiau įvairiuose patologiniuose stoviuose kaulas gali keisti savo fizines ypatybes. Prisiminkime kaulų deformacijas rachito, osteomalacijos ir kit. atvejais.

Kaulo kietumo pagrindą sudaro kaule esančios kalcio druskos. Sumažinus jų kiekį, kaulas minkštėja. Histologinėje tyrimo technikoje tat pasiekiama cheminiu būdu. Kaulas paveikiamas rūgštimi (pav., 10—15% azoto rūgštimi), kalkės ištirpsta ir per palyginti trumpą laiką jis darosi lengvai pjaunamas bei lankstomas. Tačiau tokios rūgščios reakcijos in vivo pasiekti neįmanoma. Žmogaus kūne cirkuliuojančių skysčių reakcija, kaip žinoma, svyruoja labai mažose ribose. Yra, tiesa, priemonių įgalinančių sukelti gyvame organizme tam

tikras acidozės laipsnis, tačiau to rūgštingumo toli gražu nepakanka, norint apčiuopiamai paveikti kaulą.

1924 metais C.R.H R a b l paskelbė savo būdą lokaliai padidinti acidozę galūnėje tiek, kad įvyktų jos kaulų dekalcinacija. Jis duodavęs vaikams per os acidoziškai veikiančio ammonium chloratum (0,2 pro die et kilo), tuo pat laiku, užveržda-mas galūnę elastingu bintu iki pastovios veninės stazės, ir per savaitę gaudavęs joje tokį kaulų suminkštėjimą, kad galėdavęs rankomis keisti galūnės formą.

Dabar šitas būdas kai kur rado praktišką pritaikymą. Vis delto, patenkinamų rezultatų gaunama beveik išimtinai vaikams, dažniausiai iki 4 metų amžiaus. Tokiame amžiuje turime reikalo beveik vien su rachitinėmis kaulo deformacijomis, R a b l savo gydymo metu primygtinai statydavo vaikus į salygas, skatinančias rachito atsiradimą. Todėl galėtų kilti klausimas: ar įvykstantis čia kaulų suminkštėjimas nėra recidyvavusio rachito reiškinys?

Kaip čia bebūtų, bent dabartinio pritaikymo ribose šita metodė lieka praktiškai mažavertė; tik išplėtus jos galimumus, galės turėti ateitį.

Savo pradėtame darbe užsibrėžiau, be kitko, eksperimentiškai ištirti originalią Rabl'io gydymo metodę. Čia pranešiu keletą duomenų iš šita kryptimi padarytų tyrimų.

Visų pirma man rūpėjo išspręsti Rabl'io būdo pasekmės, pavartojus jį šunims, ir, kas svarbiausia, nustatyti, kaip reaguoja į tai senų ir jaunų šunų kaulai. Savo bandymams panaudojau 3 šuniukus 2 mėn. amž. ir 5 suaugusius šunis. O del eksperimentų, tai nekeičiant pagrindinių Rabl'io metodės principų, turėjau del patogumo modifikuoti pačią techniką. Veninę stazę mėginau pasiekti ne žiužio (žguto) užveržimu, bet perrišant v. brachialis, resp. v. femoralis. Taip aprūpinus vieną užpakalinę ir vieną priešakinę galūnę, šunys per 7—10 dienų gaudavo per os po 0,4 gr. ammonium chloratum pro die et kilo (t. y. dvigubai daugiau, negu kad vartoja R a b l). Praėjus šitam laikui, šunys buvo žudomi, kaulai išpreparuojami ir tiriamos jų fizinės ypatybės.

Dalį šitų tyrimų atlikau Moor-Armstrong'o aparatu (V.D.U. medžiagų atsparumo tyrimo laboratorijoje), antrą gi galį — savo improvizuotu prietaisu.

Šitų tyrimų esmė šitokia: savo galais pastoviai atremtas kaulas vidurinėje dalyje būdavo apkraunamas vis didėjančiu svoriu; tuo pat laiku būdavo matuojamas ir registruojamas įvykstantis kaulo įlinkimas.

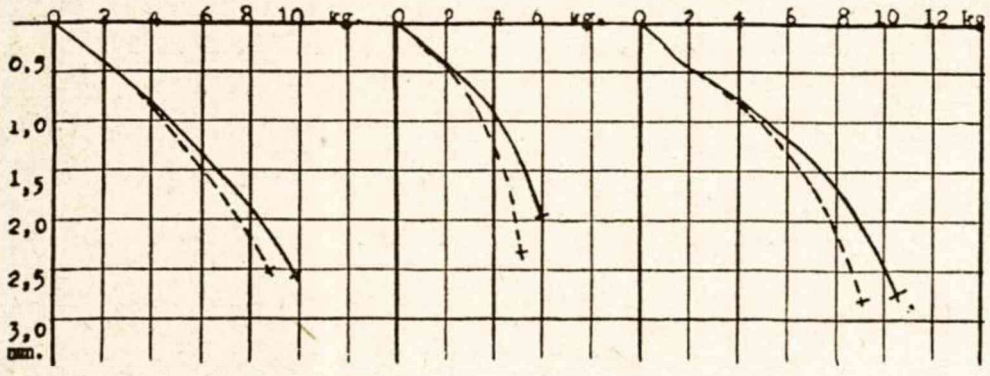
Čia nesistengiau nustatyti kaulų kietumo bei elastingumo absoliučių skaičių. Mano tikslas buvo surasti to lankstumo skirtumą, kuris pasireikštų sulyginus kaulą, paimtą iš paveiktos (operuotos) galūnės, su analogišku nepaveiktos galūnės kaulu.

Tuo būdu ištyręs trijų jaunų (2 mėn.) šuniukų kaulus, radau nežymų, bet pastovų suminkštėjimą tų kaulų, kurie buvo veninės stazės įtakoje.

Čia atvaizduotosios kreivės rodo kaulų įlinkimo deformacijas (išreikštas milimetrais) santykyje su progresuojančiai didėjančiu apkrovimu (išreikšta kilogramais). (Žiūr. 1 ir 2 diagramas).

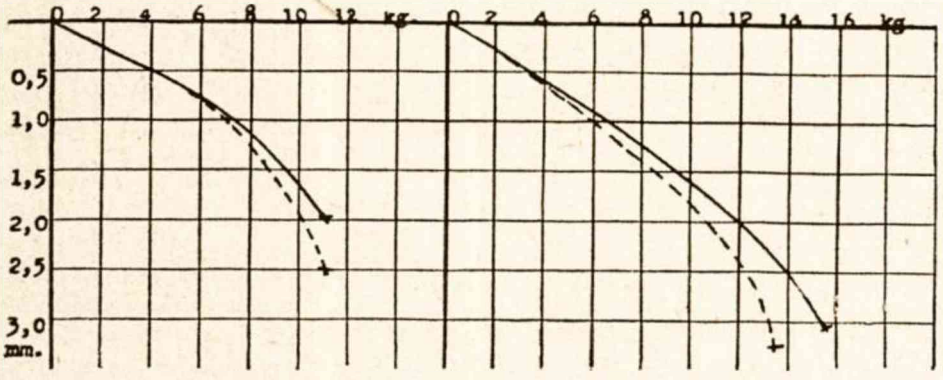
I-oji d i a g r a m a.

2 mėn. amž. šuniukų stipinkauliai.



II-oji d i a g r a m a.

2 mėn. amž. šuniukų blauzdikauliai.



„Minkštinto“ kaulo kreivė pažymėta taškine linija; priešingos gi galūnės analogiško kaulo kreivė — nepertraukiama linija; kryžiuku pažymėtas kaulo lūžimo momentas.

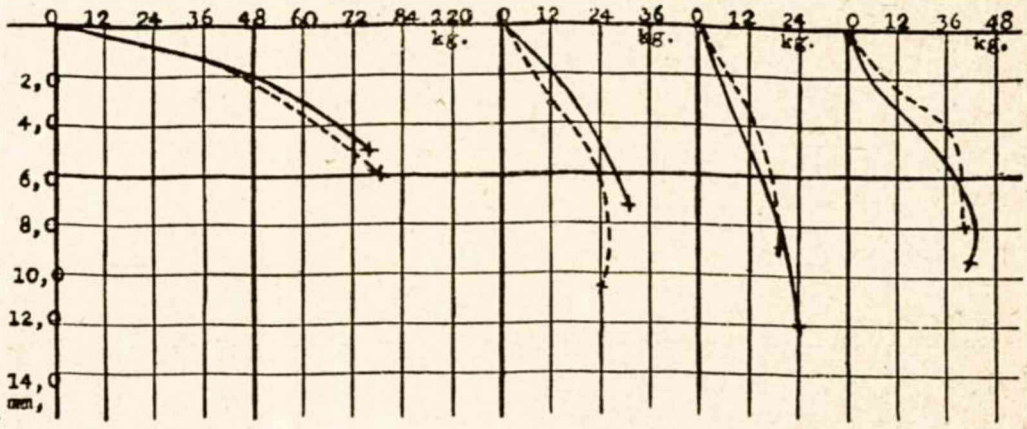
Kaip matome, vienodai apkrovus, paveiktų galūnių kaulai labiau deformavosi negu nepaveiktų.

Visai kitoks vaizdas gaunamas, ištyrus senų šunų kaulus. (Žiūr. 3 ir 4 diagramas). Kaip matome iš kreivių, jokio nuoseklumo čia nėra. Kai kurie „minkštinti“ kaulai pasirodė kietesni negu „neminkštinti“.

Taigi, Rabl'io kaulų minkštinimo metodė, pavartota 2 mėn. amž. šuniukams, duoda nedidelį kaulų suminkštėjimą. Suaugusiems gi šunims mano pavartotomis tyrimo priemonėmis pastovaus kaulų suminkštėjimo konstatuoti nepavyko.

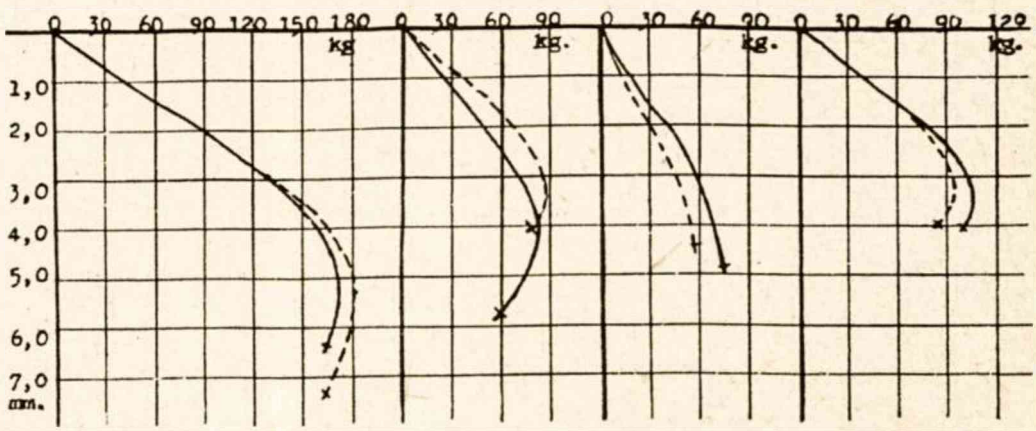
III-ji diagrama.

Suaugusių šunų stipinkauliai.



IV-ji diagrama.

Suaugusių šunų blauzdikauliai.



Šitų duomenų, be abejo, neužtenka padaryti galutinai išvadai. Tik tolimesni ir gausingesni tyrimai galės išspręsti Rabl'io kaulų minkštinimo būdo galimumus.

AUTOREFERAT.

Zur Frage der künstlichen Knochenerweichung.

Es wird über das Rabl'sche Knochenerweichungsverfahren berichtet. Diese Methode kann bis jetzt nicht als befriedigend angesehen werden, da sie nur bei Kleinkindern positive Resultate gibt. Aber ein endgültiges Urteil über dieses Verfahren könnte man nicht eher machen, als bis es experimentell untersucht worden ist.

Der Verfasser hat die Rabl'sche Methode an drei jungen, 2 Monate alten und an erwachsenen Hunden untersucht. Die venöse Stauung wurde auf den Gliedern einseitig durch das Unterbinden der v. femoralis resp. v. brachialis erzielt. Die Versuchstiere erhielten täglich 0,4 gr. Salmiak pro Kilo, und wurden nach 7—10 Tagen getötet. Die auspräparierten Knochen wurden auf ihre Plastizität untersucht, und zwar die Elastizität der symmetrischen Knochen verglichen. Man hatte den Zweck nur relative Zahlen zu bekommen.

Bei den jungen Hunden konnte man eine nicht zu grosse aber ausnamslohse Weichkeit der Knochen feststellen. Dagegen zeigten die Knochen von erwachsenen Hunden keine regelmässige Veränderungen.
Es sind dem Text einige Diagramme beigelegt.

(**Diskusijų** del šito pranešimo nebuvo).

XIII.

Gyd. V. Paprockas.

Myositis ossificans traumatica.

(V. D. U. Chirurginė klinika. — Vedėjas — prof. A. Hagentornas).

Demonstruojama ligonė, 27 m. amžiaus, ūkininkė, kuri atvyko į kliniką 1938. III. 15 d. nusiskųsdama, kad negalinti kaip reikiant lankstyti dešiniosios rankos per alkūnės sąnarį.

Iš anamnezės paaiškėjo, kad 1937. X. 19 d. ji išnirusi per alkūnės sąnarį dešiniąją ranką. Apskrities ligoninėje po dviejų dienų išnirimą jai atitaisė ir savaitei ranką fiksavo. Po to buvo daromos vonios ir ranka lankstoma. Bet jau tada del skausmų ligonė visiškai ištiesti jos negalėjo ir nesistengė.

Praslinkus mėnesiui ligonė pastebėjo alkūnės srityje sulenkiamajame paviršiuje kietą, neskaudamą gumbiuką, kuris pamažu didėjo, o po Kalėdų ligonė jau nebegalėjo rankos kaip reikiant lankstyti.

Objektyviai konstatuota: dešiniosios rankos paslankumas alkūnės sąnaryje yra žymiai sumažėjęs — gali sulenkti iki stačiojo kampo ir ištiesti iki 140° kampo. Fossa cubiti srityje apčiuopiamas kietas, neskaudamas, nepaslankus, maždaug vištos kiaušinio didumo navikas. Palpuojant juntama krepitacija, kuri pastebima ir ranką lankstant. Peršvietus rentgeno spinduliais, alkūnės srityje konstatuotas kaulo audinys.

Operacijos metu m. biceps branchii ir m. brachialis rasti iškilę ir gulį kaulinėse makštyse. Proksimalinis kaulinio audinio galas tvirtai suaugęs su žastikauliu m. brachialis prisitvirtinimo vietoje, o distalinis jo galas išsikerojęs ir eina tų dviejų raumenų sausgyslių kryptimi, bet jų prisitvirtinimo vietos nesiekia.

Kaulas nukaltas, pašalintas ir ligonė dabar gali kaip reikiant ranką lankstyti.

Čia turime reikalo su myositis ossificans traumatica, kuris dažniausiai paliečia m. brachialis, m. deltoideus, m. biceps brachii, kojos m. adduktorius ir m. quadratus femoris.

Šitos komplikacijos patogenezė neaiški; yra kelios nuomonės. Myositis ossificans traumatica aiškinamas: 1) trofiškais pakitimais; 2) jungiamojo audinio, kuris atsiranda po susidariu-

sios raumenyse hematomos, metaplazija; 3) atplyšusio periosto tarp raumenų audinio įstrigimu, ir 4) į raumenų defektą. susidariusį po lūžimo, callus'o įaugimu.

AUTOREFERAT.

Myositis ossificans traumatica.

Bericht über einen Fall von myositis ossificans traumatica. Die 27 jährige Kranke hat eine Luxation des rechten Armes im Ellbogengelenk erlitten. Nach 2 Tagen wurde die Hand reponiert u. für eine Woche lang fixiert, später Bewegungsübungen. Nach einem Monat bemerkte die Kranke an der Beugefläche des Ellbogens einen kleinen oberflächlichen Knoten. 3 Monate nach der Luxation betrug die Beweglichkeit am Ellbogengelenk nur noch 50°.

Bei der Operation fand man ein Knochengewebe das vom Humerus am origo m. brachialis ausging u. in der Richtung der Sehnen dieses Muskels u. des m. brachialis hinzog.

(**Diskusijas** del šito pranešimo žiūrėk: **„Del V-me Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų“**. „Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 708 psl.).

XIV.

Gyd. V.-P. Tumasonio pranešimas **„Kuriomis paros valandomis ligonis daugiausia kenčia skausmus?“** „Medicinos“ 1938 m. 8 num. neįdėtas, nes stebėjimai šituo klausimu dar nebaigti.

XV.

Gyd. A. Maciūnas.

Erysipelas gydymas prontosil'iu.

(V. D. Un-to Chirurginė klinika. — Vedėjas — prof. A. Hagentornas).

Noriu pranešti apie vieną iš naujųjų chemoterapijos vaistų, būtent, apie prontosil'į.

Prontosil'į pirmą kartą 1935 metų pradžioje aprašė dr. Domagk (I. G. Farbenindustrie), kaip vieną iš geriausių chemoterapinių vaistų nuo streptokokinių infekcijų. Prontosil'is yra vienas iš azoto junginių — 4-sulfonamid-2,4 diamino-azobenzolio druskos rūgšties druska; tat gelsvai raudoni kristalai, lydosi 247—252° t° C, tirpsta šaltame vandenyje iki 0,25%, šiltame — daugiau. Farmakologiškai labai indiferentiška medžiaga. Suleidus gyvuliams greit ir daug didesnį davinį už terapinį, nepastebėta blogo veikimo širdžiai ir kraujospūdžiui.

Prontosil rubrum, album tabl. à 0,3 ir 0,5, prontosil solubile 2,5% po 5 kb. cm. ampulėmis, į raumenis. Mūsų klinikoje dozuojama šiaip: 3 kartus po 1—2 tabl. à 0,3 per dieną; vaikams duotina $^1/_2$ davinio suaugusio, kūdikiams — $^1/_4$ davinio suaugusio. Davinys derintinas pagal ligonio amžių ir ligos sunkumą. Pasak dr. Scheurer'o („Med. Klin.“, 739 pusl., 1936), dozuotina šitaip:

3 kartus po 1—2 tabletės à 0,3 ir 2 injekcijos prontosil solubile 5 kb. cm. į raumenis. Kai t⁰ palieka normali, duodamas per os prontosil'is tabletėmis dar 4—8 dienas. Jis sako, kad nuo 40,0——50,0 duoto kiekio, apskritai, nepastebėjęs nemalonaus pašalinio veikimo. Galima duoti tabletės klijaus sriuboje, tada nebūną skrandžio dirginimo, o nuo to — vėmimo. Kai atsiranda vėmimas imant per os tabletes, pamėgintinos injekcijos. Dr. Klein („Med. Klin.", 940 pusl., 1936) pataria, injekuojant vaikams prontosil solubile, praskiesti jį su 7% gliukozės skiediniu. Dr. Püschel („Fortschr. d. Th." 1935, 2 nr.) pataria duoti kūdikiams tabletes, ištirpintas piene, o vyresniems injekuoti. Šlapimai rausvi, inkstų nedirgina. Dr. Virgil, Pascal ir Lazarescu („Med. Klin.", 813 pusl., 1937) pastebėję, kad prontosil'is erysipelas'o ir greta esančios inkstų ligos atveju veikia gerai ir inkstus. Apskritai pašalinių veikimų beveik nebūną, bet nereikią jo duoti kartu su sulfatais (magnes. sulfur., ferrum sulfuricum), nes pasitaiką sunkių sulf- ir net met-hemoglobinemijų: kliniškas vaizdas — vis didėjanti cyanozė. Tik natr. bicarbonicum galima kartu duoti. Prontosil'is veikia kraują kaip ir benzolis, gali sužadinti ūminę anemiją ir net agranulocytozę. Del to, kai duodamos didelės dozės, kasdien tirtinas kraujas. Pasitaiko ūminių dermatitų, optinių neuritų. Dr. Sommer („Med. Klin.", 1076 pusl., 1936) aprašo mirtį 32 metų moters, sirgusios sepsis puerperalis, įleidus 7 kb. cm. prontosil solubile į veną. Manoma, kad tat buvusi per didelė dozė.

Kalbėsiu apie erysipelas'o gydymą prontosil'iu. Dr. Liebig, rašydamas apie erysipelas'ą 1927 mt., įdomiai išsireiškė: „Tur būt, nesama antros tokios ligos, kur tiek vaistų entuziazmiškai palaikyta labai gerais, bet paskui labai greit nusivilta". Bet, rodos, atradus prontosil'į, stipriai pažengta priekin. Pavartę literatūrą, randame daug gerų atsiliepimų apie erysipelas'o gydymą prontosil'iu, k. a.:

Prof. Tonndorf („Med. Klin.", 1307 pusl., 1936), dr. Wehren („Med. Klin.", 1347 pusl., 1936), dr. Francl („Klin. Woch.", 1936, 43 nr.), dr. V. Anghelesco, Crivatz, Pascal, Laresco („Ther. Ber.", 1936, 11 nr.), dr. Maraun („Med. Klin", 1717 pusl., 1936), dr. Scheurer („Med. Klin.", 739 pusl., 1936), dr. Kramer („M. m. W." 1936. 15 nr.), dr. Klein („Med. Klin.", 940 pusl., 1936), dr. Bahrdt („Med. Klin.", 1120 pusl., 1936), dr F. Junch („Med. Klin.", 649 pusl., 1936), dr. Minkenhof („Med. Klin.", 487 pusl., 1937), dr. Virgil, Pascal, Lazarescо („Med. Klin.", 813 pusl., 1937), dr. H. G. Huber („M. m. W", 1937, 32 nr.), dr. Unshelm („Med. Klin.", 685 pusl., 1937), prof. Schreuss („D. m. W.", 255 pusl., 1935), dr. Püschel („Fortschr. d. Th", 1935, 2 nr.), dr. Gmelin („D. m. W.", 440 pusl., 1935) etc.

Visi aprašo greitą erysipelas'o pagijimą nuo prontosil'io. Buvo gydyti įvairaus amžiaus ligoniai (pradedant nuo naujagimių).

Pažiūrėsime, kurių rezultatų pasiekta mūsų klinikoje (Valst. Kauno ligoninėje).

Nuo 1932 metų iki 1938 metų pradžios ligonių, sirgusių erysipelas'u, buvo iš viso 53. Prontosil'iu buvo gydyti 24, o

kiti prontosil'io nebuvo gavę. Štai kuris buvo gautas mirtingumas: (žiūr. 1 lent.).

1-oji lentelė.

	Mirė	Pasveiko	Gauta komplikacijų	Be komplikacijų
29 ligoniai negavo prontosil'io	5	24	7	17
24 „ gydyti prontosil'iu	1	23	5	18

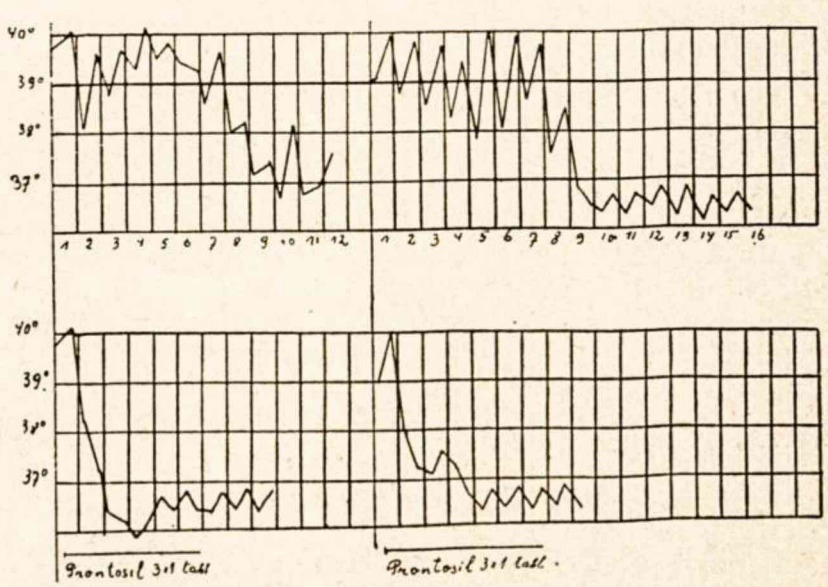
Del medžiagos mažumo sunku tiksliai spręsti. Iš šitos lentelės matoma, kad prontosil'iu gydytųjų tarpe mirimų pasitaikė mažiau, bet tat priskirti prontosil'io nuopelnui aš nedrįsčiau; gal čia tik atsitiktinumas — per 1937 mt. (pradėta naudoti prontosil'is) atvyko į kliniką mažiau sunkiai sergančiųjų. Visi, kurie vėliau mirė, buvo atvežti labai sunkiame stovyje. Šitoje lentelėje komplikacijų skirsnyje surinkti erysipelas'o atsitikimai, gauti kaip komplikacija po operacijų (pvz., exstirpatio bursae praepatellaris) arba po erysipelas, kuri komplikavosi abscesu.

Davus prontosil'io, t^0 staiga krinta, savijauta gerėja, raudonumas nyksta. (Žiūr. 2 lent).

Iš šitos lentelės matomas aiškiai geresnis prontosil'io veikimas negu kitų vaistų.

Parodysiu čia palyginimui porą būdingų t^0-ros kreivių, kurios vaizdžiai parodo prontosil'io efektingą veikimą. (Žiūr. 1—4 temperatūros kreives).

1—4 temperatūros kreivės.



Keturių erysipelas'u sirgusių ligonių t^0-ros kreivės: apačioje — gydytų protonsil'iu, o viršuje — negydytų.

2-oji lentelė.

T⁰ krito per:	1—2 d.	3—4 d.	5—8 d.	9 d. ir vėliau
23 ligoniai, gydyti prontosil'iu	19	1	2	1
24 „ negydyti „	3	3	7	11

Prof. Schreuss („D. m. W.“, 255 pusl., 1935) rašo, kad teisingai gydant prontosil'iu, per paskutinius $1^1/_2$ mt. nepastebėjęs terapiškai atsparių erysipelas'o atsitikimų; davus prontosil'io 2,0—6,0, kitą, o vėliausia po 2 dienų, t⁰ krinta ir erysipelas nurimsta. Prof. Tonndorf („Med. Klin.“, 1307 pusl., 1936), dr. Scheurer („Med. Klin.“, 739 pusl., 1936) prontosil'į taip pat laiko specificum'u nuo erysipelas'o.

Pateikiu čia įdomią statistiką iš d-ro W. R. Snodgrass'o ir d-ro T. Anderson'o straipsnio („Brit. med. Journ.“ 1937, 3993 nr.). Buvo gydyti 104 ligoniai tik švitinant ultravioletiniais spinduliais (U. W.), 106—tik prontosil'iu, 54—prontosil'iu+U. W., 48 — koncentruotu streptokokų serumu. (Žiūr. 3 lent.).

3-ioji lentelė.

Ligonių skaičius	Terapija	Liga nebeprogresuoja po 1 d.	T⁰ nebėra po 2 d.	Komplicijos	Mirtingumas
104	U. W.	59%	49%	30%	6,6%
48	Serum'u	48%	35%	41,6%	
106	Prontosil'iu	82%	76%	21%	2,5%
54	Pront. + U. W.	85%	74,5%	26%	

Reikia pažymėti ir kitokios nuomonės. Pvz., dr. Heck („Zbl. Chir.“ 1937, 41 nr.) ir dr. Hoffheinz („Med Klin.“, 850 pusl., 1937) rašo, kad aiškaus prontosil'io veikimo nepastebėję. Dr. Angerer („Med. Klin.“, 1938, 6 nr.), pasirėmęs Leipcigo universiteto chirurginės klinikos medžiaga (152 ligoniai), rašo, kad reikią skirti nekomplikuota rožė nuo komplikuotos. Nekomplikuota rožė esanti tada, pasak jo, kai rožė dominuojanti ligos vaizdą, o greta nėsą jokių sunkių susirgimų, iš kurių rožė būtų prasidėjusi arba jos eigoje jie būtų atsiradę. Tokia rožė gerai gyjanti ir nuo bet kurio gydymo, tačiau prontosil'is, atrodo, sutrumpinąs sirgimo laiką ir padedąs išvengti komplikacijų. O komplikuotos rožės atveju, t. y. kai rožė yra rimta, gyvybei pavojinga komplikacija kitų ligų atveju, prontosil'is ryškaus veikimo neparodąs.

Surinkus mūsų klinikos 1937 mt. sepsinius ligonius, prontosil'is tais atvejais gero veikimo neparodė. Iš viso buvo 17 tokių ligonių. (Žiūr. 4 lent.).

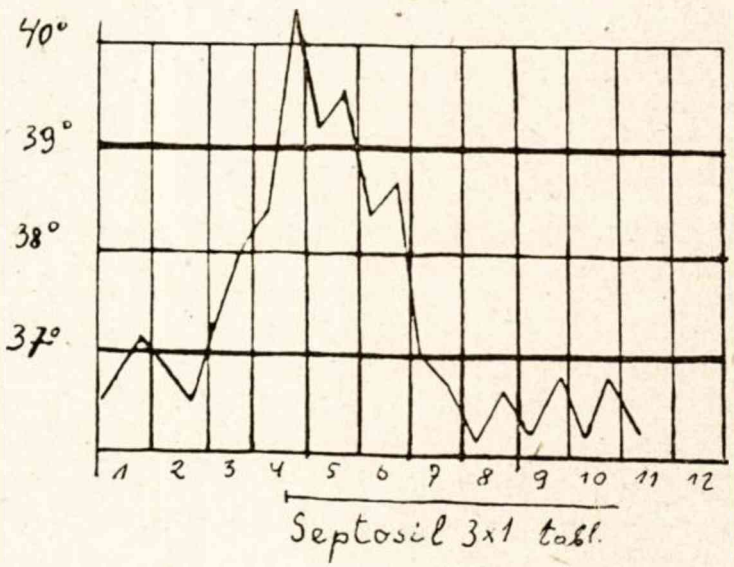
4-oji lentelė.

	Mirė	Pasveiko
Negavo prontosil'io 12	7	5
Gavo „ 5	2	3

Aišku, kad ir prontosil'is gali veikti gerai tol, kol organizmo jėgos nėra visiškai išsieikvojusios; apskritai, vaistai tik padeda organizmui kovoti su infekcija. Kalbant apie rožės gydymą iš mūsų klinikos patyrimo, reikia pripažinti, kad prontosil'is yra geras vaistas.

Noriu trumpai pastebėti rezultatus, gautus gydant erysipelas'ą septosil'iu. Tat yra toks pat junginys, kaip ir prontosil'is, tik vietinės firmos („Sanitas"). Radau tik 3 atsitikimus, gydytus septosil'iu. Veikimas geras. Pateikiu čia vieną t⁰ kreivę (ligonis sirgo coxitis tbc., yra kelios fistulės, iš kurių prasidėjo erysipelas). (Žiūr. 5-ą temperatūros kreivę).

5-oji temperatūros kreivė.



Erysipelas'u sirgusio ligonio, gydyto septosil'iu, t⁰-ros kreivė.

Išvados.

1. Prontosil'is yra nepavojingas, beveik visai neduoda pašalinių reiškinių, tinka visokio amžiaus ligoniams.
2. Prontosil'is gerai gydo erysipelas'ą.

Zusammenfassung.

Behandlung des Erisypels mit Prontosil.

Aus unserer Klinik können wir über gute Erfahrungen mit der Prontosiltherapie bei Erysipelas berichten. Prontosil ist unschädlich für

den Organismus, hat beinahe keine unangenehmen Nebenwirkungen und wird von Kranken verschiedenen Alters gut vertragen. Die Heilungsergebnisse bei Erysipelas sind sehr befriedigend.

(Diskusijų del šito pranešimo nebuvo.)

XVI.

Demonstracijos.

1.

Dr. P. Kusa.

Fractura colli femoris naujas gydymas.

(Ligonės demonstravimas).

Demonstruojama 53 metų pacientė, turinti fractura colli femoris dextra, kuriai 1938 m. sausio mėn. 18 d. Karo ligoninėje buvo padaryta ekstraartikuliarinė osteosyntezė su Sven-Johanson'o vinimi, modifikuota pagal Felsenreich'ą.

1938 m. sausio mėn. 8 d. pacientė, eidama šaligatviu, paslydusi ir kritusi ant dubens; del tos traumos įvykusi fractura colli femoris dextri.

Praslinkus 3 savaitėms po operacijos, pacientė pradėjusi vaikščioti. Dabar vaikščioja, pasiramstydama lazda, nežymiai šlubuodama; gali visu svoriu atsistoti sužalotąja koja.

Demonstruojamos rentgeno nuotraukos, padarytos prieš ir po operacijos. Demonstruojami instrumentai, vartojami tai operacijai atlikti. Parodomas savos konstrukcijos krypties aparatas vielai gręžti. Nurodomas dviejų portatyvių rentgeno aparatų reikalingumas ir reikšmė nuotraukų, daromų operacijos metu iš dviejų projekcijų.

Atsitikimas demonstruojamas del to, kad tokia operacija padaryta Lietuvoje pirmą kartą ir gautas labai geras rezultatas.

2.

Gyd. S. Rabinavičius,
(Kaunas).

Fractura colli femoris atsitikimo operatiškas gydymas.

(Ligonės demonstravimas).

Ligonis, 62 mt. amžiaus. 1938 m. sausio mėn. 31 dieną beeidamas paslydęs ir pargriuvęs. Ligonis šiaip taip atsistojęs ir su didelėmis pastangomis sugrįžęs namo. Namie tačiau daugiau nebegalėjęs nei atsistoti nei paeiti.

Šių metų vasario mėn. 11 d., vadinasi, dvyliktąją po nelaimingo atsitikimo dieną, įstojo į mūsų ligoninę.

Ištyrus ligonį, galima buvo be ypatingų sunkumų diagnozuoti **fractura colli femoris dextri:** dešinioji koja buvo trumpesnė, rotuota į išorę; ligonis negalėjo pakelti kojos; pasyvūs judesiai dešiniajame klubo sąnaryje stipriai aprėžti ir skausmingi. Diagnozė buvo patvirtinta, padarius rentgeno nuotrauką. Čia matome dvi nuotraukas: viena padaryta iš viršaus (dorsoventraliai), antra — iš šono. Ligonis dvi savaites buvo ruošiamas operacijai. Šių metų vasario mėn. 27 d. ligonis liumbalinėje anestezijoje buvo operuotas pagal Smith-Petersen'o (Sven-Johanson'o) metodę. Ligonis buvo operuotas ant mūsų ortopedinio stalo, kurį d-ras B. Zacharinas vėliau čia tamstoms pademonstruos. Operacijai buvo pavartota Valls'o linkmės instrumentas (Richtungs-Apparat) ir du rentgeno aparatai. Operacijos apystovos galima matyti iš fotografijų, kurias leiskite tamstoms parodyti. Operaracijos metu buvo padarytos keturios poros rentgeno nuotraukų.

Leiskite parodyti tas nuotraukas, kurios buvo padarytos operacijos pabaigoje. Tose nuotraukose matoma, kad fractura gerai reponuota ir kad vinis guli šlaunikaulio kaklelio centre. Po operacijos galūnė buvo padėta ant Braun'o įtvaro. Pooperacinė eiga praėjo be komplikacijų. Jau keletą dienų po operacijos pradėjome daryti lengvus pasyvius galūnės judesius; praėjus savaitei po operacijos ligonis aktyviai galėjo lankstyti galūnę per kelio sąnarį; po dviejų savaičių — galėjo pakelti ir abdukuoti koją.

Šių metų kovo mėn. 26 d., vadinasi, praslinkus 1 mėnesiui po operacijos, ligonis pradėjo vaikščioti, pasiremdamas viena lazda. Deja, labai sudžiūvusiam ligoniui išsivystė paresis nervi peronei dextri, tur būt, del gipsinio bato spaudimo, kuris buvo uždėtas ant kojos, norint geriau fiksuoti ligonį ant operacinio stalo. Neuropatologas pareiškė nuomonę, kad minėta parezė ilgainiui pranyksianti.

Pasirėmę tik vienu atsitikimu, žinoma, negalime daryti bendrų išvadų; tačiau, turėdami galvoje literatūros duomenis ir fractura colli femoris konservatiško gydymo užtrukimą (6—9 mėnesius) ir dažną to gydymo nepakankamumą, šiuo laiku galime laikyti minėtą operatišką gydymo būdą tinkamiausiu.

3.

Dr. B. Zacharinas.

Plėstuvo ir ortopedinio stalo bei jo atskirų dalių demonstravimas.

Dr. B. Zacharinas demonstravo:

a) Vietinės gamybos **plėstuvus** didelėms pilvo operacijoms, kad be asistento pagelbos per visą laparotomiją plačiai galima būtų išplėsti pilvo pjūvis. Instrumentas susideda iš pagrindinės dalies ir įvairaus didumo kablių — bukų ir aštrių, Roux, Fritsche, Langenbeck'o ir t. t. Instrumentas pagamintas Kauno Sunkiųjų Darbų Kalėjimo dirbtuvėse.

b) Demonstravo epidioskopu Žydų ligoninės **ortopedinio stalo ir jo atskirų dalių** daug atvaizdų. Šitas stalas su dalimis taip pat pagamintas Kauno Sunkiųjų Darbų Kalėjimo dirbtuvėse.

4.

D-ras Al. Dumbrys.

Sialolithiasis.

(Seilių akmens demonstravimas).

D-ras Al. Dumbrys (iš Ukmergės) demonstruoja seilių akmenuką. Pažymi, kad seilių akmenų pasitaiko palyginti retai ir dažniausiai jų būną in ducto submaxillari, kuriam tenka 80% visų seilių akmenų. Šitų akmenų dažniau pasitaiko vyrams. Jie paprastai nebūna didesni už žirnį. Ductus'o akmenys paprastai pailgi, liaukos akmenys — apvalūs. Šitie akmenys dažniausiai būna kalkiniai. Pacientė, iš kurios buvo išimtas demonstruojamas akmenukas, yra 38 m., iš Ukmergės apskr., Pabaisko v. Ligonė pasakoja, kad maždaug prieš 2 mėn. pajutusi pažandėje kietumą. Bet tik prieš 2 dienas pajutusi dūrimą po liežuvių ir tada išlindęs iš gilumos kietas akmenėlio galas. Tas kietas iškišulys jai kliudęs valgyti. Ligonės apžiūrėjimo metu konstatuota po liežuviu iš dešinės pusės ties caruncula subl. kietas iškyšulys, 1,5 cm. ilgumo ir 0,3 cm. diam. Ištraukus akmenėlį, rasta, kad 0,9 cm. akmenėlio dar buvo pasislėpę gilumoje. Bendras demonstruojamo akmenėlio ilgumas — 2,4 cm.

D-ras A. Mačiulis: Man teko stebėti vienas gland. sublingualis akmenukas, kuris, pašalintas, po pusės metų vėl pasikartojo. Pašalinus antrą sykį, jau praėjo vieneri metai ir dabar ligonis sveikas. Submaksilarinėje liaukoje teko stebėti trys akmenų atsitikimai. Visi, pašalinus, gražiai pagijo. Reikia pastebėti, kad didesni akmenys su uždegimu labai būna panašūs į ca. gl. submaxillaris.

XVII.

Del IV-ajame L. Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų diskusijos

I.

Del d-ro Mickaus pranešimo: „PLEUROS EMPYEMOS GYDYMAS KARO LIGONINĖS DUOMENIMIS".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 631—637 psl.).

1. D-ras V.-K. Burba:

a) **Demonstruoja** amerikonišką troakarą, siūlomą guminio dreno vietoje pleurai drenuoti (Haslam'o sist.).

b) Klausia, ar pranešėjas vartodavęs pleuros empyemoms gydyti sol. Dakini?

2. Prof. d-ras E. Vinteleris pasakoja apie vieną empyemos atsitikimą, kuris savo laiku buvo aptartas Kauno Medicinos Draugijoje. Empyema nebuvo pažinta ir pūliai nebuvo išleisti. Įvyko exitus letalis. Jam teko matyti šito atsitikimo plaučiai. Be pūlinio pleurito, buvo, kas ypatingai būdinga, daug pūlių ir streptokokų labai išplėstuose plaučių intersticijos lymfiniuose takuose. Reikia sutikti su d-ru M. Mickumi, kad, jeigu empyema yra sukelta streptokokų, tai nėra reikalo laukti ir pūliai reikia išleisti.

Su pr.-doc. d-ro V. Kanaukos nuomone, kad „vis tiek iš lymfinių takų pūlių neišleisi", galima ir nesutikti. Pūlių išleidimas iš pleuros galėtų apsunkinti žalingą pūlių su streptokokais rezorbciją. Todėl minėtu atsitikimu ir įvyko exitus letalis, kad pūliai savo laiku nebuvo išleisti. Streptokokai rezorbavosi, pateko į bendrinę kraujo apytaką ir sukėlė sepsis'ą.

3. D-ras J. Stasiūnas: Empyemų gydymo klausimas yra labai aktualus, ypač Karo ligoninei, nes kasmet pavasario metu plaučių susirgimų padažnėjimas karių tarpe dažnai komplikuojasi empyemomis.

Bendros schemos empyemoms gydyti nėra. Kiekvienas atsitikimas reikia individualinti.

Prof. Sauerbruch'o klinika, gydydama empyemas, vadovaujasi šiais bendrais nurodymais:

Ūminės empyemos operuojamos, kai tik pūliai sutirštėja, ilgai nedelsiant. Iš pradžių 2 sav. taikomas Bülau'o, vėliau Perthes'o drenavimas. Atvirų drenavimų visai nevartojama. Pleuros plovimas retai esti sėkmingas. Chroniškos empyemos su „Resthöle" gydomos aseptinėmis torakoplastikomis ir n. phrenicus exhairesis'u. Schede's operacijos nebuvo daroma. Sterilės empyemos (tbc.) pradžioje gydomos punkcijomis ir ramybe. Mišrios infekcijos empyemos gydomos pleuros punkcijomis ir fiziologiniu arba $2^1/_2\%$ presojodo skiedinių praplovimais.

4. D-ras St. Kudirka: Darant išvadas reikalinga atsižvelgti į ligonių amžių. Karo ligoninėje operuotieji ligoniai yra visų geriausiame amžiuje. Reikalinga sudaryti vaikų ir senių amžiaus statistika.

5. D-ras B. Zacharinas: D-ro M. Mickaus rezultatai yra nepaprastai geri. Mūsų Žydų ligoninės medžiaga kiek skiriasi nuo dr. M. Mickaus medžiagos: jis turi jaunus vyrus, mes, be tokių, turime dar vaikų ir senių. 1937 m. ir mūsų rezultatai buvo labai geri. Per metus teturime 15—20 empyema sergančių ligonių. Per 1937 m. beveik nė vieno karto neteko daryti rezekcijos. Galėjome pasitenkinti Bülau'o drenavimu su sifonu. Gal 1937 m. rezultatai buvo geri del silpno virus'o, o gal del to, kad pradėjome anksti, vos tik pūliams susiformavus, operuoti. Punkcijų skai-

čius ir punkcijų gydymo laikotarpis, susitarus su pediatrais, buvo sutrumpintas. Iš vyresniojo amžiaus ligonių atsimenu 3, kuriems pakako vien tik Bülau'o drenavimo. Iš jų vienas buvo senas diabetikas, daugiau kaip 60 mt. amžiaus, senas tuberkuliozininkas, apsirgęs po pneumonijos plaučių abscesu, kuris pratrūko į plaučių pleuros tuštymą. Antrasis ligonis, apie 50 mt. moteris, karininko žmona, taip pat turėjusi plaučių abscesą (po rožės), kuris pratrūko į pleuros tuštymą. Trečias ligonis, palyginti jauna moteris, vieno mūsų kolegos demonstruota po pagijimo Kauno miesto gydytojų d-joje. Visi šitie ligoniai po Bülau'o drenavimo pasveiko.

Del demonstruojamojo dr. Burbos troakaro. Mes vartojame taip pat lenktą tracheotominio vamzdelio (kaniulės) pavidalo troakarą. Bet ypatingų pranašumų, palyginti su paprastu troakaru ir guminiu vamzdeliu, jis neturi.

MEDICINOS AKADEMIJOS BIBLIOTEKA

6. D-ras J. Žemgulys: Karo ligoninėje yra tiek daug medžiagos pleuros empyemai studijuoti kaip niekur kitur. Lietuvoje yra daug empyemikų ligonių ir jie galima laikyti ligoninėse, iki visiškai išgis. Įdomių atsitikimų pasitaiko bet gi ir mažesnėje medžiagoje. Prieš $2^1/_2$ metų turėjau ligonę su ilgu siauru pleuros tuštymu ir fistule po empyemos operacijos, kito darytos. Kadangi fistulė buvo sena, pasiūliau ir padariau jai ekstrapleurinę torakoplastiką pagal Sauerbruch'ą. Išimta buvo I šonkaulio dalis. Po operacijos tuštymas 2 mėn. nerodo betgi tendencijos mažėti (buvo tikrinama rentgeno spinduliais). Tada pro į tolimiausią tuštymo galą įkištą ureterinį kateterį buvo suleista 2 kb. cm. 14% chinino su 7% metano skiediniu (tas pat skiedinys, kuris vartojamas venoms sklerozuoti). Po kelių injekcijų fistulė užgijo ir iki šiol nebeatsiveria. Čia buvo palankios sąlygos fistulei ir tuštymui susitraukti, nes jų sienos buvo mobilizuotos. Jei turėčiau nedidelius pleuros tuštymus ir fistulių, mėginčiau jas sklerozuoti.

7. Pr.-doc. d-ras V. Kanauka: Pranešėjas po empyemos operacijų visiškai neturėjęs mirtingumo. Apskritai, mirtingumas po torakotomijų del ūminės empyemos siekia 15—20% ir daugiau. Gal būt, čia turi didelės reikšmės pacientų jaunas amžius ir atsparumas (kareiviai); gal būt, susirgimai buvo lengvi.

Per vėlai operuoti ūminė empyema negera, kadangi pacientas būna nusilpęs ir susitraukę plaučiai negali išsitiesti. Bet ir per anksti operuoti ūminės stadijos empyema taip pat negera. Pleuros empyema yra padarinys, susijęs su plaučių susirgimais: plaučių abscesu, pneumoniniu procesu, per anksti atpalaidavus plaučius ir leidus ligoniams judėti, galima paūminti procesas plaučiuose. Dažnai matome, kad, ištuštinus empyemą, trumpam nukritusi t^0 vėl smarkiai pakyla, krečia šaltis, pasireiškia bendrinė infekcija: atsitinka ir taip, kad po šonkaulio rezekcijos ir pleuros pūlių išleidimo prasideda sepsis tikra to žodžio prasme. Vadinasi, per ankstyva operacija gali procesą paūminti, infekciją generalizuoti. Negalima tikrai nurodyti laiko, kada ūminė empyemos stadija reikia operuoti. Tat kiekvienu atsitikimu reikia spręsti individualiai. Geriau nesiskubinti ir labai gerai paruošti punkcijomis, apie ką ir pranešėjas kalba. Ligonis, sergąs pleuros empyema, reikia kruopščiai ir rūpestingai gydyti, ir šonkaulio rezekcija su pleuros drenavimu yra tiktai vienas bendrinio gydymo epizodas.

Pranešėjo pademonstruotieji pacientai po torakoplastikų del chron. empyemos yra įdomūs ir pasiekti gydymo rezultatai demonstruotini.

8. Prof. Al. Hagentornas: Svarbiausia plaučių neatsitaisymo priežastis yra per ilgas pleuriniame tuštyme eksudato buvimas. Todėl reikia laukti, kad savo laiku atliktoji operacija dauguma atvejų įgalintų išvengti sunkių radikalių operacijų. Per ilgai užtrukęs konservatiškas gydymas šita prasme gali padaryti daug žalos. Antra vertus, nereikia ir perdaug anksti operuoti. Patyrimas rodo, kad pooperacinė eiga esti geresnė, kai operuojama tiktai tada, kai yra susidarę tikri, tiršti pūliai. Konserva-

tiško gydymo geroji pusė yra ta, kad šitas gydymas nesukelia fiziologinio kvėpavimo sutrikimų ir neleidžia pasireikšti antrinei infekcijai.

9. D-ras M. Mickus (atsakymai į klausimus). (D-rui Burbai). Demonstruojamas troakaras yra Bülau'o pakeitimas; veikimas tas pats.

D-rui J. Stasiūnui turiu pastebėti, kad thoracoplastica pagal Schede neatgyveno savo amžiaus.

Užsisenėję tuštymai su labai sustorėjusia siena vargu ar pagyja po šonkaulių pašalinimo; thoracoplastica pagal prof. Sauerbruch'ą galima pritaikyti tik esant nelabai užleistam tuštymui.

Del d-ro Zacharino pastabų turiu pasakyti, kad vaikams Bülau'o drenas tinka geriau, nes jų pūliai esti skystesni, valosi greičiau ir dreno diametras gali būti plonesnis. Karo ligoninėje 1937 metų gripinės bronchopneumonijos ir empyemos buvo labai sunkių formų.

Doc. d-rui V. Kanaukai. Mirimų 1937 ir 1938 metais po pleuroempyemų operacijos nebuvo. Del operacijos laiko, man atrodo, kad lengvesnieji atsitikimai jau galima operuoti ir 10 dienų praslinkus nuo susirgimo pradžios. Bet ir sunkaus susirgimo atsitikimais (gripinė totalinė empyema) nėra reikalo laukti ilgiau kaip 35 dienas, greičiau galima sutrumpinti šitas laikas.

Del prof. Al. Hagentorno pastabos, kad laiku ir tiksliai gydant neturėtų būti tuštymų, man atrodo, jog vargu toks idealas pasiekiamas. Tuštymai, kurie susidaro del labai sunkios infekcijos ir mažo organizmo atsparumo, vargu išnyks kaip komplikacijos po pleuros empyemų operacijų, nors gydymas būtų ir labai tikslus.

II.

Del d-ro J. Žemgulio pranešimo:

„AKTINOMIKOZĖ VAKARŲ LIETUVOJE".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 638—642 psl.).

1. D-ras St. Kudirka: Alytaus apskrities ligoninėje aktinomikozė pasitaiko gana dažnai, ypač veido srityje. 1938 m. buvo 4 aktinomikozės atsitikimai. Vienas atsitikimas buvo liumbalinėje srityje ir aukščiau, ne ligoninėje buvo traktuotas kaip šaltasis abscesas. Diagnozei nustatyti medžiagą reikia imti kartotinai. Alytaus apskrityje aktinomikozė dažnai pasitaiko todėl, kad ten žmonės pagalviams naudoja ruginius šiaudus.

2. D-ras Tumasonis: Dirbdamas V. Patologijos institute, esu pastebėjęs, kad dauguma mikroskopiškai ištirtųjų aktinomikozės atsitikimų yra iš Alytaus apskr. Net chirurginės klinikos mano skyriuje sirgusių pora ligonių taip pat buvo iš Alytaus apskr. Įdomu, kodėl ten yra daugiau aktinomikozės atsitikimų?

III.

Del d-ro B. Zacharino pranešimo:

„LOKO-REGIONINĖS ANESTEZIJOS KOMBINACIJA SU INTRAVENINE MORFIO-SKOPOLAMINO-KOFEINO INJEKCIJA".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 642—644 psl.)

1. D-ras J. Žemgulys: Prieš 15 metų buvo madoje morfio-skopolamino-chloretilio anestezija, bet nuo jos būdavo kardiovaskuliarinės sistemos sutrikimų. Įdomu, kaip jaučiasi ligoniai po d-ro Zacharino siūlomosios anestezijos?

2. Prof. Al. Hagentornas: Suskaičiavus įvedamą kiekį morfio, matyti, kad jis kartais siekia iki 0,04 per $1^1/_2$—2 valandas. Tat yra labai didelis morfio kiekis ir vargu ar jis visada nepavojingas. Antra vertus, visas tokios anestezijos veikimas galima paaiškinti vien tuo dideliu įvesto morfio kiekiu.

3. D-ras B. Zacharinas: Kraujoslėgio padidėjimą aiškinu Kirschner'io preparate ephetonin'o, mūsų mišinyje — coffein'o veikimu. Nieko blogo nuo morfio 0,03—0,04 kiekio nesu matęs. Amneziją aiškinu scopolamin'u. Moterims savo mišinio nesu taikęs, už tat Kirschner'io būdas pas mus plačiai vartojamas ir moterims negaunant blogų padarinių. Nei kolapsų nei vėmimu nesu matęs. Hypertonikams gal ir neverta vartoti mūsų mišinio. Iki šiol iš 50 atsitikimų jokių komplikacijų nesu pastebėjęs. Kai pastebėsiu, pranešiu kolegoms.

IV.

Del d-ro J. Fridmano pranešimo:

„HYPOCHLOREMIJOS SIMPTOMŲ KOMPLEKSAS IR HYPERTONINIŲ NATRIUM CHLORATUM SKIEDINIŲ VARTOJIMAS KLINIKOJE KOVAI SU HYPOCHLOREMIJA".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 645—651 psl.).

1. D-ras St. Kudirka: Kas gražu laboratorijoje, ne visada įgyvendinama praktikoje teikiant ligoniui pagelbą. Aš naudojau hipertoninį valgomosios druskos tirpinį nuo 1934 metų pooperaciniam hypochloremijos simptomų kompleksui šalinti, bet gerų rezultatų nesu pastebėjęs. Taip pat nesu pastebėjęs nuo šito skiedinio pagerėjimų esant hyperemesis gravidarum.

2. D-ras V.-K. Burba: Vėmimas po operacijos nevisuomet pareina nuo hypochloremijos, bet taip pat ir nuo acidozės.

3. D-ras J. Žemgulys: NaCl yra labai svarbu organizmui. Mėginau kurį laiką po operacijų fiziologinio skiedinio su NaCl vietoje vartoti gliukozės skiedinį 5,4%, taip pat izotoninį, bet labiau stiprinantį širdį — rezultatai buvo blogesni, negu kad nuo skiedinio su NaCl. Kartais nuo sol. calcii chlorati 10% intraveninės injekcijos pulsas pasidaro pilnesnis, kaip nuo tikrų cardiaca. Pasirodo, kad ir 10% NaCl skiediniai panašiai veikia.

Esu turėjęs kelis atsitikimus, kurie kliniškai visai buvo panašūs į hypochloremijos stovį, kaip ji aprašoma knygose. Pavartotieji laboratoriniai tyrimai, tačiau, padidėjusio NaCl kiekio kraujyje neparodė. Įdomu, kuriais būdais pranešėjas tyrė NaCl kiekį kraujyje?

4. Pr.-doc. d-ras V. Kanauka: Faktinai su hypochloremija po didesnių operacijų mes kovojame įleisdami fiziologinio tirpinio. Litre fiziologinio tirpinio yra 9,0 NaCl, taigi, gana didelis kiekis. Suleisdami 10% NaCl į veną 100 kb. cm., iš tikrųjų suleidžiame NaCl nedaug daugiau (10,0). Gal būt, kad, suleidus į veną, tiktai veikimas kiek greitesnis.

10% NaCl tirpinį aš mėgindavau peristaltikai sužadinti žarnų atonijos atveju; paveikdavo, bet nevisada.

Apie hypochloremiją dabar daug rašoma, jąja labai susidomėta. Kalbama apie hypochloremijos simptomų kompleksą, k. a.: galvos skausmas, vėmimai, žarnų atonija, azotemijos pakilimas, net gi kominis stovis ir t. t. Atrodytų, kad visi šitie reiškiniai lengva būtų nugalėti, reikėtų tiktai pašalinti hypochloremiją. Bet iš tikrųjų ne taip yra paprasta, ir pati hypochloremija yra reiškinys šiandien nepakankamai dar aiškus. Gal būt, išvardintieji simptomai reikėtų laikyti ne hypochloremijos simptomų kompleksu, o pati hypochloremija laikyti šito bendro simptomų komplekso dalimi.

5. D-ras B. Zacharinas: Hypochloremijos mechanizmas yra komplikuotas ir dar nevisai aiškus. NaCl pavartojus, NaCl kiekis kraujyje didėja, bet greit, jau po kelių valandų, vėl krinta. „Hypochleremija pašalinti nesunku", pasakė pr.-doc. V. Kanauka*). Su tuo aš nesutinku. Nevisuomet pavyksta kova su hypochloremija. Kaip tik dabar turime Žydų ligoninėje šį atsitikimą: senutė, visai sudžiūvusi, turinti visišką pylorus'o stenozę del ulcus callosum (o gal su ca degeneracija), kuriai prieš savaitę buvo padaryta pylorus'o ir antrum'o dalies rezekcija Billroth'o būdu. Prieš operaciją NaCl kiekis kraujyje buvo 390 mgr%, šlapalų arti-60, vadinasi, S=6 su viršum. Vakar, praėjus maždaug savaitei po operacijos, turėjo NaCl — 300 mgr.%, o šlapalų daugiau kaip 100, vadinasi, S=mažiau kaip 3, o gauna kasdien 100—120, o sol. natrii chlorati 10%, du kartu fiziologinio tirpinio po 1000, o 2 kartu 3% po 1000 varvinimo per rectum. O NaCl ir S vis krinta ir krinta.

Klausimas moderniškas, labai svarbus ir labai įdomus. Jo numoti ranka negalima. Reikia toliau tyrinėti ir studijuoti.

6. D-ras J. Fridmanas: Del d-ro St. Kudirkos pastabos, kad ir suteikiant hyperton. NaCl skiedinio, tačiau vėmimas nepaliauja kaip, pvz., hyperemesis gravidarum atveju, turiu pasakyti, kad tokiais atsitikimais reikia būtinai nustatyti ir šlapalų kiekis kraujyje, nes hyperemesis gravidarum esant yra labai didelis vėmimas ir didelis NaCl nustojimas, ir reikia žinoti, kiek NaCl suteiktina.

Del d-ro J. Žemgulio pastabos turiu pasakyti, kad svarbus yra ne absoliutus NaCl kiekis, bet NaCl ir šlapalų santykiavimas. Labai gaila, kad jo atsitikimais nebuvo tikrintas šlapalų kiekis. NaCl tyrimo technika aprašyta smulkiai pranešime (neskaityta del laiko stokos).

Pr.-doc. V. Kanauka yra pastebėjęs, kad NaCl vartojimo idėja esanti sena, nes ir anksčiau suteikdavome fiziolog. skied., ir antra, kad reikią būti labai atsargiam su hyperton. NaCl tirpalais, ypač inkstų ligų atsitikimais. Į tat galiu pasakyti, kad, apskritai, hypochloremijos problema yra nauja ir, žinoma, tas klausimas reikia toliau studijuoti.

Fiziologinio skiedinio 0,85% NaCl veikimas principinai yra tas pats, bet veikimo efektas žymiai mažesnis ir, antra vertus, norint suteikti organizmui apie 15—20,0 NaCl, reikėtų įpilti per daug fiziolog. skiedinio, kas paprastai neįmanoma, todėl geriau vartoti hypertoniniai tirpalai intra venam.

Inkstų uždegimo su oedema atsitikimais NaCl gydymui nevartotinas.

V.

Del d-ro J. Žemgulio pranešimo: „ARTRITŲ GYDYMAS ŠALČIU".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 652—658 psl.).

1. D-ras J. Stasiūnas: Ligi šiol visi artritai buvo gydomi šiluma, pranešėjas dabar siūlo vartoti šaltį. Atrodo, kad tiek vienas, tiek ir antras būdai yra kraštutiniai. Teisingiausia bus pasirinkti vidurį.

Pats pranešėjas nurodo daug kontraindikacijų prieš šitą metodę (tuberkulioziniai artritai, reumatiniai artritai ir t. t.).

Šiuo metu jau labai retai taikomos šitos aplikacijos ūminius artritus gydant, nes nuo jų ir eksudacija ir skausmai nemažėja, bet didėja.

---

*) Pacituotieji 3 žodžiai negali atvaizduoti mano pasakytos minties. Mintis buvo kita ir, kiek atsimenu, buvo maždaug šitaip pasakyta: atrodytų, kad sunkūs hypochloremijos simptomai nesunku būtų pašalinti, pašalinus pačią hypochloremiją. Sekr.

Sąnarių patinimas ir skausmai greit praeina ir nieko nedarant, tik davus sąnariui ramybę ir iškėlus jį aukščiau (trauminiai artritai). Šiltos aplikacijos pasilieka galioje esant chroniškiems sąnarių susirgimams.

Svarbu nesukelti didesnio sąnario sudirginimo, kas įvyksta pavartojus karštas aplikacijas arba pasyvią gimnastiką, tada sąnarys pats savaime greitai atsitaiso.

2. Pr.-doc. d-ras V. Kanauka: Pranešėjo pasiūlytas būdas gydyti ūminius artritus šalčiu yra įdomus ir, atrodo, turįs pamatą. Juk ūminį peritonitą mes gydome šalčiu ir gauname efektą. Sąnario sinovija taip pat yra serozinė plėvė, nors jinai kiek ir skirtųsi nuo peritoneum'o. Todėl netgi pagal analogiją atrodytų racionaliu dalyku ūminiams artritams, lygiai kaip ir ūminiams peritonitams, taikyti šaltis.

3. D-ras J. Žemgulys: Vien nuo pakėlimo ir imobilizacijos tokių gerų rezultatų neturėjau, kaip nuo pakėlimo, imobilizacijos ir ledų.

Kai kurie ligoniai laikė kojas iškeltas ir imobilizuotas ir pakaitomis po kelių dienų, dėjo ir nedėjo ledų; ledus dedant buvo aiškiai geriau, negu kad nededant. Be to, po sunkių distorsijų pagerėjimas įvyko taip greitai, kaip pirmiau, gydant panašiai, tik be ledų, neįvykdavo.

VI.

Del d-ro K. Pautieniaus pranešimo: „TBC. ARTICULATIONIS TALOCRURALIS IR ARTICULATIONIS TALOCALCANEAE OPERATIŠKAS GYDYMAS".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 658—670 psl.).

1. Doc. B. Šiaulys: Siūlomi vartoti fistulėms gydyti akridino dažų grupės vaistai, pvz., rivanol'is, trypaflavin'as, bet ne kalium hypermanganicum, kuris galėtų palikti sunkiai rezorbuojamus skilimo produktus.

2. D-ras B. Zacharinas: Demonstruoja vieno darbininko, 26 m. amžiaus, rentgenogramas su tbc. talo-cruralis dex. prieš ir po artrodezės tolakruraliniame sąnaryje. Rezultatas labai geras; ligonis gerai vaikščioja ir dirba. Operacija padaryta 1936 m. spalių mėn., t. y. prieš $1^1/_2$ metų.

3. D-ras J. Žemgulys: Operatiškas tbc. osteoartrito gydymas floridinėje stadijoje neduoda gerų rezultatų, o taikytinas tik tuomet, kai procesas yra lokalizavęsis ir bendrinė infekcija yra išnykusi. Kaip buvo operuojama pranešėjo minimais atsitikimais?

4. Proff. Al. Hagentornas: Konservatiškas tbc. articulationis talocruralis gydymas palengvėja nuo to, kai šis sąnarys galima tuo pačiu laiku fiksuoti ir atpalaiduoti nuo svorio, nesuvaržius ligonio judėjimo. Ligonis, atsirėmęs keliu į medinę, protezę, fiksavus sąnarį gipsine šina, gali dirbti net sunkų žemės ūkio darbą. Jeigu konservatišku gydymu, ypatingai jod-jodoformo injekcijomis, pasisekė atsiekti židinių apsirėžimas, inkapsuliacija, tada indikuotina jie plombuoti. Plombavimas yra geriausia apsaugojamoji priemonė nuo recidyvų susidarymo.

VII.

Del d-ro V.-K. Burbos pranešimo: „TBC. GL. MAMAE ATSITIKIMAS".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 670—672 psl.).

D-ras Br. Stukas: Šakių apskr. ligoninėje š. m. balandžio mėn. 2 d. su tumor mammae sin. atvyko 30 metų ligonė. Padarius biopsiją, nusiųsta medžiaga į V D. Un-to Patologijos institutą histologiškai ištirti, iš kur gautas atsakymas: **tbc. mammae.**

VIII.

Del prof. med. d-ro Al. Hagentorno pranešimo:

„KIŠKIO LŪPOS OPERACIJOS KLAUSIMU“

diskusijų nebuvo.

IX.

Del d-ro V.-K. Burbos pranešimo:

„ŪMINIS PERFORACINIS APENDICITAS IR JO SĖKMINGO GYDYMO SĄLYGOS.

(„Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 672—679 psl.).

1. Prof. E. Vinteleris: Kadangi d-ras V.-K. Burba kalba apie perforacinį apendicitą apskritai, aš priminsiu, kad, be ūminio perforacinio apendicito, pasitaiko, nors gana retai, dar chroniškas kartotinis perforacinis apendicitas. Patologinis procesas vyksta, pvz., šitaip: proksimalinėje appendix'o dalyje yra vietinis apendicitas, pasibaigęs obliteracija. Distalinė appendix'o dalis išpučiama susirinkusios gleivės, ir del didelio appendix'o sienelių suplonėjimo pagaliau plyšta. Išsipylus appendix'o turiniui, perforacijos vieta gali vėl suaugti. Toliau vėl gali susirinkti gleivė, vėl gali įvykti perforacija, ir toks procesas gali pasikartoti kelis kartus.

2. Pr.-doc. V. Kanauka: Ūminio apendicito klausimas niekuomet nėra pasenęs, visuomet jisai įdomus ir svarstytinas. Mūsų klinikoje per paskutiniuosius dvejus metus (1936—1937 metais) buvo operuota 222 ūminių apendicitų atsitikimai, iš jų 50 (21,6%) buvo perforavusių. Mirtingumas po perforavusio apendicito operacijos = 16%, mirtingumas nuo operacijos ūminių neperforavusių apendicitų = 2,3%. Perforavęs apendicitas niekada nevėlu operuoti, jeigu tiktai dar leidžia tat daryti paciento stovis, kontraindikacija tiktai silpnas paciento stovis. Baimė, kad vėlai operuodami galime generalizuoti jau apsirėžusį peritonitą, yra nepagrįsta. Operuodami perforavusį apendicitą bet kada, visada mažiau rizikuojame, negu kad palikdami tokį apendicitą neoperuotą; tiktai peritonito atvejais reikia žaizda palikti plačiai atdara ir tamponuota.

3. D-ras P. Kusa: Aš manau, kad tokio plataus peritoneum'o drenavimo šalininkų chirurgų tarpe yra maža, nes peritoneum'o drenuoti negalima. Aplink dreną greitai atsiranda sulipimų ir tada drenas nebeveikia. Karo ligoninėje laikomasi šitokios taktikos: tamponuojama ir drenuojama tik esant perforavusiam apendicitui. Jeigu perforacijos nėra, nors peritoneum'o tuštyme ir būtų drumsto, nedvokiančio skystimo, tai peritoneum'as užsiuvamas aklinai.

4. D-ras B. Zacharinas: Mes Žydų ligoninėje operuojame kiekvieną ūminio apendicito atsitikimą, kur tik nėra infiltrato. Operuodami ūminius apendicitus, komplikuotus peritonito reiškiniais, spinalinės anestezijos nevartojame ir nevartosime, nes toji spinalinė anestezija mažina kraujoslėgį. Nors retkarčiais vartojame vietinę anesteziją, kombinuodami ją su intravenine Kirschner'io kombinacija, bet nesame tos vietinės anestezijos šalininkai ūminius apendicitus operuodami.

Pjūvis turi būti pakankamas, kad galima būtų patogiai operuoti. Apie „kosmetiką“ tais atvejais negali būti nė kalbos. Francūzai moterims dažnai taiko medialį pjūvį, ypač tais atsitikimais, kur yra įtariami adneksai.

Kisetai nėra svarbus momentas, ir aš dažnai operuoju be kisetų ir be appendix'o pamato apsiuvimo.

Dreno nevartojame Tik vienas mūsų kolega retkarčiais dar negali nuo jų atsisakyti. Vietoje dreno vartojame setoną.

Eterio įpylimas — senas dalykas. Vieną kartą esu matęs nuo jo šoką. Vietoje eterio vartojame ac. muriaticum. Kiti vartoja rivanol'į.

5. Prof. Al. Hagentornas: Indikacija operacijai užleistais atsitikimais, kai yra infiltratas, kuris galima konstatuoti kuriam laikui praslinkus po ligonio atvykimo į ligoninę, paguldžius jįjį Fowler'o padėtyje ir apklosčius apatinę pilvo dalį ledais. Pūslės su ledu turi būti pakabintos, kad jos savo svoriu nedirgintų ligonio. Tvinksnis reikalinga skaičiuoti ir kreivėje žymėti 1—2 kartus per valandą. Didelės reikšmės taip pat turi ligonio išvaizda, ledakumas, vėmimas, skausmai, kraujo vaizdas. Kai ligonio stovis pagerėja, operacija galima atidėti.

Pilvo tuštymas drenuoti neįmanoma. Žarnos ir taukinė tiek glaudžiai prisišlieja prie drenuojamo vamzdelio, jog nuo tuštymo, kuris turėjo būti drenuotas, nelieka nė vieno milimetro. Svarbiausia tampono nauda glūdi taip pat ne drenavime, bet tame, kad aplink jį susidaro sulipimų ir tuo būdu išjungiama infekuota pilvo tuštymo dalis nuo likusios. Ir tamponas siurbia geriausiu atveju tiktai keletą valandų. Už tat, pašalinus tamponą, galima drenuoti kelias dienas. Pjūvis geriausia daryti ne perdaug mažas, kad galima būtų operuoti akimis kontroliuojant.

X.

Del d-ro V.-K. Burbos straipsnio:

„DU TORSIO TUBEA FALLOPII ATSITIKIMAI IR VIENAS GRAAFF'O FOLIKULIO HEMORAGIJOS ATSITIKIMAS, SIMULIAVĘ APENDICITĄ".

(„Medicinos" 1938 m. 8nr. 680—682 psl.).

1. D-ras St. Kudirka: Šįmet teko operuoti viena šešiolikos metų mergina del apsisukusios dešiniosios tubos. Tuba buvo susisukusi sraigto pavidalu. Operacijos metu rasta daug hemoraginio skystimo. Antras atsitikimas teko stebėti Valstybinėje Kauno miesto ligoninėje. Tat 13 metų mergaitė, kuriai buvo apsisukusi kairioji tuba; ligonė po operacijos pagijo sklandžiai. Abiem atsitikimais adneksuose senų potologiškų reiškinių nestebėta.

2. D-ras J. Žemgulys: Manau, kad pranešėjo minimoji statistika nėra pilna, nes ne visi atsitikimai patenka į spaudą. Pvz., ir aš, beoperuodamas apendicitą, esu radęs Graaff'o folikulio ruptūrą; esu jų matęs ir mūsų ligoninės ginekologijos skyriuje, — ir niekas tų atsitikimų nėra aprašęs spaudoje.

3. D-ras V. Baronas: Per 7 metus mano darbuotės akušerijos-ginekologijos klinikoje man nė sykį neteko matyti grynos torsio tubae Fallopii kaip tokios. Visais atsitikimais turėjome šiokius ar kitokius sunkiau ar silpniau pasireiškusius patologiškus tubų procesus.

Remtis virgo intacta, kaip ekskliudaciniu momentu, kurs kalbėtų prieš adneksitus, negalima.

Turima daug, pvz., adneksitų, pacientei esant virgo intacta.

XI.

Del d-ro K. Katiliaus pranešimo:

„BAZEDOVINIŲ STRUMŲ OPERATIŠKAS GYDYMAS".

(„Medicinos" 1938 m. 8 nr. 682—687 psl.).

1. D-ras A. Mačiulis: Žymių bazedovizmo reiškinių atveju ligonio paruošimas operacijai turi didelės reikšmės, bet tat neapsaugoja nuo po-

operacinio exitus letalis. Nepaisant ilgo paruošimo jodu, chinidinu, antithyreoidin'u, vieną mėnesį trečią dieną po operacijos mirė dvi ligonės. Manau, kad žymiai pasireiškusio bazedovizmo atveju nuo operacijos reikėtų susilaikyti.

2. D-ras J. Žemgulys: Ligonių jodu paruošimas operacijai nėra taip sunku atlikti, nes galima tat padaryti ir ambulatoriškai. Jau daug metų prieš strumos ir lengvesnės tyreotoksikozės operacijas aš skiriu savo ligoniams Lugol'io skiedinį ir liepiu ligoniui pradėti jį gert kasdien po 10 lašų 3 kartus per dieną 8 dienas prieš atvykimą į ligoninę operacijai. Nemalonumu nuo to nėsu turėjęs.

XII.

Del d-ro S. Stonkaus pranešimo:
„DEL KAULŲ DIRBTINIO MINKŠTINIMO KLAUSIMU“
diskusijų nebuvo.

XIII.

Del gyd. V. Paprocko pranešimo:
„MYOSITI OSSIFECANS TRAUMATICA“.
(„Medicinos“ 1938 m. 8 nr. 691—692 psl.)

1. D-ras St. Kudirka: Minimą ligonę aš esu matęs. Repozicija padaryta 3-čią savaitę po liuksacijos. Repozicijos metu buvo jaučiamas didelis raumenų sukietėjimas sąnario srityje.

2. D-ras J. Stasiūnas: Del myositis ossificans traumatica etiologijos dabar daug reikšmės duodama iki šiol plačiai vartotai pasyviai gimnastikai — masažui ir karštų vonių taikymui.

Dabar nuo šito potrauminio sąnarių gydymo jau atsisakoma ir užleidžiama vieta aktyviai gimnastikai.

XV.

Del d-ro A. Maciūno pranešimo:
„ERYSIPELAS GYDYMAS PRONTOSILIU“
diskusijų nebuvo.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

21. A. Arrak: **Apie icterus catarrhalis ir jo epidemiją Estijoje.** („Eesti Arst“. 1938, 7 nr., 481—503 p.). (Estiškai).

1930—1933 m. Estijoje buvusi icterus catarrhalis epidemija. Autoriui tekę stebėti savo privatinėje praktikoje ir Tartų klinikose 110 atsitikimų, 71,8% vyrų ir 28,2% moterų. Dauguma atsitikimų liga prasidėdavusi karščiu 38—40°C. Karštis laikydavęsis 3—4 dienas, kai kada ir visą savaitę. Kepenys būdavusios pabrinkusios iki 1—3 pirštų; blužnies pabrinkimas retai atsitikdavęs. Bilirubinurija būdavusi kuone visiems ligoniams, beveik visada kartu su urobilinurija. Urobilino nebuvę tik 4 kar-

tus. Urobilinurija laikydavusis dar ilgai geltai pranykus. Visais bilirubinurijos atvejais ir kraujyje būdavę daug bilirubino; jis iš kraujo išnykdavęs daug vėliau negu iš šlapimų. Kraujo vaizdas būdavęs nebūdingas. Hb. ir eritrocitų kiekis būdavęs normalus. Kai kada pirmąsias dvi ligos savaites būdavusi leukocitozė, kai kada būdavęs matomas leukopenijos polinkis, o visų dažniausiai leukocitų kiekis būdavęs normalus. 23,8% visų atsitikimų buvusi rasta eozinofilija (5—12%). Eritrocitų sėdimo reakcija pirmąsias dvi savaites trečdalyje visų atsitikimų buvusi pagreitėjusi; pradedant nuo trečios savaitės sėdimo pagreitėjimas atsitikdavęs dažniau ir laikydavęsis itin ilgai. Skilvio sulčių rūgštingumas būdavęs normalus. Dvylikapirštės sulčių (jos buvo tirtos tik 10 kartų) tripsino ir diastazinio fermento būdavę kiek reikiant. Dvylikapirštės sultyse tulžies tik dukart nebuvę. Mikroskopiniai sulčių duomenys buvę normalūs. Sprendžiant iš ligos eigos ir iš tyrimo duomenų, reikią pripažinti, kad dauguma atsitikimų ligos etiologija buvusi vienoda, būtent, nežinomas specifinis užkratas, hematogeniniu keliu patekęs į kepenis ir pagadinęs jų celes.

P. A.

22. Dr. T. Bona (Rumunija): **Ein neues Symptom zur Diagnose der Blinddarmentzündung.** (Naujas simptomas apendicito diagnozei nustatyti) („Zntrbl. f. d. gesamte Med." 1938 m. 34 nr.).

Pradžioje autorius aprašo visus iki šiol žinomus simptomus apendicito diagnozei nustatyti. Visi tie žinomi simptomai kartais nepadedą diferencijuojant apendicitą nuo ginekologinių susirgimų.

Galop autorius aprašo savo atrastą būdą apendicito diagnozei nustatyti, ypač diferencijuojant nuo ginekologinių susirgimų. Šitą savo būdą autorius išmėginęs su 1.300 apendicito atsitikimų. Autorius savo būdą labai giria.

Autorius ligonį paguldąs aukštielniką ant stalo taip, kad stalo kraštas remtųsi ant šlaunių. Visas kūnas tada esąs hiperekstenzijos padėtyje, kojos kabą beveik vertikaliai. Tada pasidaranti savotiška lordozė. Galop palpuojama appendix'o srityje ir pasirodąs didelis skausmas, jei yra appendicitis, nors kitomis tyrimo metodėmis skausmas ir nebuvo gautas.

Kai esąs salpingitis ar kitas kuris nors ginekologinis susirgimas, tai šituo tyrimo būdu skausmas nepasireiškiąs.

Autorius šitą savo simptomą šitaip aiškina: promontorium iškyląs į appendix'o sritį, o lytiniai organai nuslenką žemyn į dubenį.

N. Indrašius.

23. L. Symon et K. Nêmec (Praha): **Ulcus duodeni.** (Dvylikapirštės žarnos opa) („Praktický lékař". 1937 m. 5 nr.).

Pateikti 9 ulcus duodeni atsitikimai, 1 ulcus juxtapyloricum ir 1 ulcus mediogastricum. Tarp jų būta opų nuo 1 iki 17 metų senumo. Kaip paprastai, per 3 sav. buvę įšvirkšta į raumenis 5 kb. cm. larostidin'o. Kraujavimo atveju iš pradžių buvusi taikoma dieta ir gydymas kalciu. Dieta buvusi individuali. Pradėjus larostidininę terapiją, atsirasdavęs padidėjęs apetitas ir maistui tolerancija. Dieta tuomet būdavusi praplečiama; paprastai tat būdavę po 5 injekcijų. Svorio priaugimas paprastai būdavęs lygus 2 kgr. Pranykdavę spaudimas pilvo srityje, vėmulys, išsituštinimo netvarkingumas ir troškulys, rūgštingumas sumažėdavęs. — 1 atsitikimas likęs be rezultatų; 7 ligoniai atleisti be nusiskundimų, 3 — su mažais simptomais. Rentgeno nuotrauka parodžiusi status idem 1-uoju atsitikimu ir stovio pagerėjimą ar normalią padėtį kitais atsitikimais.

Įdomus atsitikimas studento mediko, sirgusio ulcus bulbi duodeni su skrandžio išsiplėtimu, hypersekrecija ir colitis membranacea, kurio svoris per 3 metus su viršum nukritęs nuo 70 iki 53 kgr. Po kalcio injekcijų pavartota larostidininė terapija. Po 4 injekcijų atsiradęs apetitas, sumažėję ar visai išnykę nusiskundimai. Po 12 injekcijų pradėta gydyti ambulatoriškai. Pacientas atleistas be jokių nusiskundimų. Kliniškų ulcus'o reiškinių

nepavykę rasti. Svoris pakilęs iki 61 kgr., o vėliau iki 68 kgr. Pacientas buvęs vėliau tirtas ir rastas sveikas, nors ir nesilaikė dietos.

Larostidininė terapija netrukus jau galėsianti būti taikoma ambulatoriškai. Dauguma ligonių atleisti būdami kliniškai sveiki.

T. Goldbergas.

24. K. Weidner (Tiubingenas): **Pathologische Physiologie und Therapie des Kopfschmerces.** (Galvos skausmų patologinė fiziologija ir gydymas) („Med. Welt." 1938 m. 19 ir 20 nr.).

Galvos skausmai atsirandą pakaitomis susitraukiant pia ir plexus chorioideus kraujagyslėms. Reikią skirti: 1) simptominiai ir 2) priepuoliniai galvos skausmai.

Simptominiai galvos skausmai atsirandą del virškinimo nesklandumo, netvarkingo gyvenimo, greito rijimo, seksualinių negalavimų, profesinės intoksikacijos, inkstų susirgimo, diabeto, kirmėlių, infekcinių-, kraujo - ir apytakos susirgimų, ulcus ventriculi ir duodeni. Karšta vonia su šaltu dušu simptominių galvos skausmų atveju daug daugiau padedą negu antipyretica.

Priepuoliniai galvos skausmai iš esmės esą migrenės priepuoliai su svaiguliu, nerymasčiu, nuovargiu, mirgėjimu akyse ir t. t. Kadangi galvos skausmai pasireiškią del pia ir plexus chorioideus indų pakaitinių susitraukimų, tai tokiais atvejais labai padedą simpatiniai ir parasimpatiniai vaistai. 50% gliukozės į veną, 0,5 gynergen'o, ypatingai į veną, 80% atsitikimų per kelias minutes pašaliną skausmus. Taip pat nepamirština kūno reakcijos sukėlimo, klimatinio gydymo, dušų ir t. t.

N. Indrašius.

25. Prof. K. Buinewitsch (Kaunas): **Über Kompensationseinrichtungen des Organismus bei Herzdekompensation.** (Apie organizmo širdies dekompensacijų kompensavimą) („Zntrbl. f. d. gesamte Med." 1938 m. 31 nr.).

Autorius aiškina, kodėl astmos priepuoliai paprastai ištinka naktį. Naktį gulint iš audinių (elastiško spaudimo) skysčiai patenką į venas, į dešiniąją širdį, į plaučius, į inkstus (nykturia), tuo būdu persipildęs mažasis kraujo apytakos ratas skatinąs astmos priepuolius. Todėl venaesectio palengvinanti arba net panaikinanti astmos priepuolius: kraujo nuleidimas sumažinąs kraujo kiekį didžiajame apytakos rate, mažiau kraujo patenką į dešiniąją širdį, į plaučius. Sėdimoje padėtyje nuleidus kojas žemyn astmos priepuolis palengvėjąs del pasunkėjimo kraujui patekti į veninę sistemą. Sausa dieta padedanti nuo astmos priepuolių; vartojimas daug skysčių ypač prieš gulant skatinąs astmos priepuolius. Kai kuriems ligoniams užeinantį kosulį ir dusimą pavalgius autorius aiškina kraujo pagausėjimu plaučiuose, iš žarnų skysčiams patekus į kraujo apytaką — tat vadinama asthma dyspepticum.

Asthma cardiale atsirandanti todėl, kad kairysis skilvelis nebegalįs išlaikyti pusiausvyros ir kad abiejų skilvelių esąs nebevienodas trinkinis tūris (Schlagvolumina).

Apsilpus širdžiai organizmas neliekąs pasyvus: širdies dekompensacijos reiškiniai esą organizmo pagelba širdžiai. Kairiojo širdies skilvelio apsilpimo atveju persipildęs mažasis kraujo apytakos ratas apsaugąs kairįjį skilvelį nuo persipildymo.

N. Indrašius.

26. Dr. A. W. Bauer (Viena)): **Dėl pomidorų oksalinės rūgšties kiekio.** („Ars Med." 1938 m. 1 nr.).

Esanti klaidinga pažiūra, kad pomidoruose esą daug oksalinės rūgšties ir jos druskų. Tokia nuomonė atsiradusi del praeitame šimtmetyje (1850 m.) klaidingai padarytos pomidorų analyzės. Pastaruoju laiku Prancūzijos mokslininkų tyrimai rodą tik pėdsakus oksalinės rūgšties pomidoruose. Vokietijos tyrinėtojai 1 klgr. pomidorų randą tik 5 mg. oksalatų, o 1 kg. duonos esą 47 mg. oksalatų, 1 kg. špinatų — 3.300 mg. Naujau-

sieji Curié, Bornträger'o Goudswaard'o tyrimai rodą, kad išnokusiuose, šviežiuose vaisiuose apskritai oksalinės rūgšties nėsą. Pomidoruose esą tik obuolinės rūgšties, bet ji organizme tuojau sudeganti į angliarūgštę ir vandenį. Kitos pomidorų organinės rūgštys ir jų druskos (pektatai, citratai, tartratai) organizme taip pat suskylančios ir duodančios laisvą kalį, kalcį ir pan.

Pastaba. Tame pačiame žurnalo numeryje dr. Balzli (Strasburgas) teigia, kad tik labai prinokusiuose ir supelėjusiuose pomidoruose esą oksalinės rūgšties. Uratohistechijos atveju pomidorai ne tik ne draustini, bet dar patartini. *N. Indrašius.*

VAIKŲ LIGOS.

26. Dr. Tuscherer (Bratislava): **Apie naujus kelius kūdikių pneumonijai gydyti.** (Über neue Wege in der Behandlung der Säuglingspneumonie) („Jahrb. f. Kinderheilk." 1938 m. 101 B., H. 45).

Plaučių uždegimas jauname amžiuje sudaraąs vaikų gydytojui didelių rūpesčių; mirtingumas nuo šitos ligos ligoninėse siekiąs 25—30%. Pirmuosius 3 mėnesius tikra bronchopneumonia retai esanti; išimtį sudarą tik prieš laiką gimusieji. Čia, gal būt, veikiąs „įgimtas imunitetas". Mirtingumo kreivė nuo bronchopneumonijos rodanti aukščiausį pakilimą žiemą ir ankstyvąjį pavasarį, kada vitaminų atsarga yra išsieikvojusi. Ir kitos ligos, kaip, pvz., rachitas, spazmofilija, duodą tokius pat rezultatus tuo pat metų laiku.

Sergantį vaiką maitinant svarbų vaidmenį vaidinąs atsisakymas nuo kaloriško maisto; išimtį sudaraąs cukrus, kuriuo saldinamos citrinos sultys. Pirmąsias 2—3 ligos dienas vaikams skiriamos tik vaisių sultys, kurios paprastai imamos tik šviežios iš apelsinų ir citrinų. Sinteziniai C-vitamino preparatai (cebion, cantam, redoxon ir kt.) turėtų parodyti savo gerą veikimą, bet autorius su jais neturįs prityrimo. Vėliau pridedamas kaloriškas maistas, pirmiausia angliavandeniai ir riebalai, bet ne gyvuliniai baltymai, kol yra karštis.

Šaltas oras gerai veikiąs alsavimą ir kraujo apytaką, suteikiąs sergančiajam vaikui ramumą, geresnę plaučių ventiliaciją ir gilesnį alsavimą; išnešus pneumoniką kūdikį į šaltą orą, po kelių minučių jis pasidaraąs ramus, užmiegąs, giliai ir pamažu alsuojąs. Autoriaus nuomone, gydymas šaltu oru esąs ne bendra higieninė priemonė, bet griežtai indikuojama kiekvienos bronchopneumonijos atveju. Šaltas oras turėtų būti taikomas be išimčių (išskyrus stiprų vėją); sniegas arba lietus, dar mažiau šaltis, neturėtų sulaikyti; sodas arba atvira veranda geriau tinkanti už atvirų langų laikymą.

Kaip raminamoji priemonė pneumonikams vaikams skiriama bromural'is, luminal'is, stipraus kosulio atveju codein'as, taip pat hydroterapiniai įvyniojimai siekią tą patį tikslą.

Del cardiaca vartojimo autorius nepasisako jų principiniu priešininku, bet skiria juos aiškių širdies silpnumo reiškinių atveju: duslių garsų, silpno tvinksnio, aritmijos, diliatacijos, kolapso atvejais; pirmiausia duodama intra venam gliukozė (pagal Heim'ą nuo 20 iki 60 kb. cm. 10% skiedinio su suprareninu), arba tokie preparatai, kaip, pvz., coramin'as, cardiazol'is-ephedrin'as. Profilaktiškai skirti cardiaca autorius laiko klaida, nes toks prieš laiką širdies ruošimas galįs nuvarginti širdį.

V. Tercijonas.

27. Bessau: **Katarrh und Encephalitis.** („Mschr. Kinderheilk." 74 t., 1 p., 1938 m.).

Iš seno kataru vadinamas gleivinių uždegimas. Kadangi ant sveikų gleivinių randama maža, o ant katariškų daug bakterijų, tai manyta, kad kataras esąs infekcinis uždegimas. Tačiau tikras kataro sukėlėjas esąs

tik nematomas virus, kuris, sumažinęs gleivinės imunitetą, leidžiąs daugintis bakterinei florai.

Tymai esą katarinės ligos pavyzdys: iš pradžių turimas nepavojingas lengvas, ultravirus'o sukeltas kataras, kuris, prisidėjus bakterijoms, supūliuojąs. Pūlinis kataras esąs pavojingas ne tik savo pasireiškimu gleivinėje, jis galįs apkrėsti ir kraują.

Panašiai esą su epidemine influenza. Balkanuose didelės epidemijos metu autorius stebėjęs greitos nekomplikuotos influenzos susirgimų su neryškiais vietiniais symptomais, be influenzos bacilų gleivėse. Vėliau atsiradę ir komplikuotų ligos formų, tur būt, prisidėjus bacilams ir kokams. Aišku, ne tik virus, bet ir kiti faktoriai gali sumažinti gleivinės imunitetą prieš bakterijas, tačiau epideminiam influenzos išplitimui virus esąs būtinas.

Kokliušo etiologija neaiški. Žinomi Bordet'o bacilai esą būtini ligai sukelti, tačiau neaišku, kodėl juo negalima imunizuoti, kai pati liga palieka tvirtą imunitetą. Gal ir čia įsimaišąs ultravirus?

Poliomyelitis, kaip ir kitos virus'o ligos, galįs komplikuotis pūliniais susirgimais.

Vaikai katarais ypač dažnai sergą; pasak Czerny'o, tat esąs eksudacinės diatezės pasireiškimas. Vaikų katarai linkę generalizuotis. Ypač kūdikiui kataras griebiąs ne tik visus alsavimo takus, bet dažnai kartu ir viršinamuosius ir šlapiminius takus. Atrodą, kad vaikų viduriavimų etiologijoje didžiausį vaidmenį turįs vis delto gleivinės kataras, kuris sumažinąs jos atsparumą bakterijoms — enterokokams ir coli grupei. Šlapiminių takų, normaliai sterilių, katarai labai retai pastebimi, kol neprisidedanti infekcija. Tačiau patirta, kad ir gausinga bakterinė infekcija nesukelianti uždegimo, kol virus nesumažinąs gleivinės atsparumo. Kadangi mažų vaikų katarai pasireiškią iš karto visose trijose sistemose, tai senas dėsnis kiekvienam karščiuojančiam tirti ausis ir šlapimus esąs labai tikslus. Palinkimas generalizuotis kartais galima aiškinti hematogeniniu išplitimu, kartais nerviniu gleivinių saitu.

Filtruojamasis virus puoląs ne tik gleivines, bet ir geneziškai artimą organą — smegenis. Bakterijos galinčios sukelti tik intersticinius uždegimus — meningitus, abscesus ir pan.; tikrą encefalitą duodąs tik virus. Taip epideminį encefalitą, kuris dažnai pasitaiko gripo epidemijų metu, sukeliąs tik virus, influenzos bacilai sukelią tik meningitą. Poliomyelitis, lyssa ir kiti, ypač gyvulių encefalitai, taip pat sukeliami virus'o.

Vaikai, dažniau sergą katarinėmis ligomis, ir encefalitą gauną dažniau. Vaikų traukuliai esant dideliam karščiui būną del hyperpyreksijos, bet dažnai jie būną ir be didelio karščio; tada jų priežastimi reikią laikyti lengvi encefalitai.

Tymai, kiaulikė, vėjarauplės, rauplės ir skiepytos rauplės kartais duodančios encefalitus. Asepsinis (serozinis) meningitas nėsąs atskira liga; jis pasitaikąs poliomyelito, gripo ir panašių epidemijų metu ir esąs atitinkamo virus'o sukelto encefalito pasireiškimas.

Infekcinės ligos negalinčios sukelti encefalito. Difterija galinti tik toksiškai pakenkti centrinę nervų sistemą; skarlatina, be abejojimo, gryna bakterinė ypatingo streptokoko sukeliama liga, galinti tik septiškai komplikuotis smegenyse.

Bakteriniai susirgimai, kaip, pvz., tetanus, botulismus, chorea, tik toksiškai veikią smegenis ir duodą ryškiai atskirą encefalozių grupę.

Palinkimas prie katarų, o kartu ir encefalitų, kaip grynai konstitucinis apsireiškimas, galima sumažinti tiktai veikiant konstitucijos anomaliją — eksudacinę diatezę. Tat kelias, kurį jau seniau nurodęs Czerny.

P. Baublys.

28. Geldrich: **Wesen und Erscheinung der Grippe im Säuglingsalter.** („Jahrb. f. Kindhlk." 151 t. 9/5 s., 1938 m.).

Gripas svarbiausia kūdikių liga. Jis pastoviai kasmet ir vienodai

per ištisus metus puoląs be skirtumo visus kūdikius, nebijąs jokios profilaktikos ir esąs dažniausia kūdikių mirties priežastis.

Kūdikių gripas esąs mažiau būdingas negu suaugusiųjų. Būtinas jo simptomas galįs būti tik karštis; kitų bendrinių ir vietinių reiškinių jis galįs ir neduoti.

Pediatrai, priešingai internistams, linkę ne tik epideminius susirgimus, bet ir kiekvieną ūminį karščiavimą su kataro reiškiniais, vadinti gripu.

Kiekvienas suaugusiųjų kosulys ar sloga esą apkrečiamas kūdikiui, bet kūdikis sergąs sunkiau, reaguojąs karščiu ir kitais simptomais. Atrodą, kad ligos etiologija ta pati, tik amžius nustatąs kitokią reakciją.

Epideminio ir banalinio gripo sukelėjų skirtumo nerasta, bet ir tapatybė neįrodyta, tačiau kliniškai atskirti kūdikio epideminio gripo nuo paprasto kataro taip pat neįmanoma.

Pastaruoju metu patirta, kad gripą sukeliąs ultravirus ir tik vėliau prisidedanti bakterinė infekcija, panašiai kaip esą ir su tymais. Liga atitinkamai daloma į infekcinę ir komplikacinę stadiją (H a i n i s s). Pirmojoje stadijoje, kada įeinąs, dauginąsis ir išsiskiriąs ultravirus, pirmauja bendriniai simptomai daugiau subjektyvaus pobūdžio; antrojoje stadijoje, prisidėjus bakterijų infekcijai, liga pasireiškianti vietiniais, labiau objektyviais simptomais, komplikuojantisi supūliavimais.

Pirminis ultravirus'o kataras būnąs sausas, jis trunkąs tol, kol yra karščio; antrinis bakterijų kataras pasižymįs didesne eksudacija, jis ilgiau trunkąs, pereinąs įvairias stadijas.

Ultravirus'o sukeltas gripas galįs ir nesikomplikuoti bakterine infekcija: tokia esanti abortinė ir paprastoji gripo forma. A b o r t i n i s g r i p a s prasidedąs aukšta t-ra°, kartais su vėmimu, be ypatingų objektyvių reiškinių, per dvi paras baigiąsis. Dažniausiai pasireiškiąs kaip „gastritis". Tikrai diagnozuoti jis galima, tik susekus gripo infekcijos šaltinį.

P a p r a s t a s i s g r i p a s taip pat prasidedąs ūmai, ar per prodromus. Už 1—2 parų atsirandanti angina, kuri patvirtinanti diagnozę. Liga trunkanti 4—5 dienas, retai ilgiau, linkusi recidyvuoti.

Kad gripas komplikuotųsi, reikią stiprios infekcijos ir mažo kūdikio atsparumo. Komplikuoją pūliniai kokai ir bacilai, ypač influenzos bacilai. Antrinė infekcija ne tik plintanti gleivinių paviršiumi, bet galinti ir į kraują įsibrauti, duoti sepsį. Kada antrinė infekcija prisimetanti, sunku nustatyti, tačiau žinoma, kad, juo anksčiau ji prisimetanti, tuo smarkiau griebianti.

Tačiau ir nekomplikuota, gryna ultravirus'o infekcija galinti nesibaigti savaites ir mėnesius, vargindama gydytoją, ieškant židinio ausyse, plaučiuose, versdama daryti nereikalingas intervencijas (autoriui žinomas kūdikis, kuriam 38 kartus be rezultatų daryta būgnelių paracentezė).

K o m p l i k u o t a s g r i p a s būnąs lengvesnis su rinitu, bronchitu, otitu ir sunkesnis su etmoiditu, mastoiditu, bronchopneumonija, sepsiu ir panašiai. Tačiau ligai būdinga ne tik organiniai pakitimai, bet ir funkcijų pakenkimai. Komplikuotas gripas galįs duoti toksikozę, kraujotakos sutrikimą, virškinamojo trakto sutrikimą, kepenų, inkstų nepakankamumą, nervų sistemos pakenkimą.

Toksikozė būnanti ūmesnė ir apyūmė. Beveik visada atsirandanti esant pūliavimo židiniui. Kraujotakos sutrikimai gali greit baigtis mirtimi, bet esą ir lengvesnių, kurie kompensuojąsi.

Meteorizmas del žarnų mažo judrumo ir padidėjusios dujų gamybos lengvai pašalinamas. Meteorizmas del žarnų paralyžiaus dažnai atsirandąs prieš mirtį; ypač blogą prognozę duodąs meteorizmas del širdies nepakankamumo. Didelis meteorizmas svarbu atskirti nuo peritonito, kad nereikalinga intervencija nepražudytų kūdikio.

Apibūdinant gripo formą tikslinga nurodyti organinė lokalizacija ir funkcinis pobūdis, pvz., bronchopneumonia su toksikoze ir pan.

P. Baublys.

CHIRURGIJA.

15. E. Papellier (Japonija): **Warum gibt es in Japan keinen Kropf?** (Kodėl Japonijoje nesergama gūžiais?) („Wiener med. Wschr." 1938 m. 28—29 nr.).

Autorius iš savo ilgamečio patyrimo įrodinėja, kad Japonijoje gūžiais (strumomis) nesergama todėl, kad ten daug valgoma jūrų žuvų ir jūrų augalų (Meerestangen ir Meeresalgen), kurie turi pakankamai jodo.

N. Indrašius.

16. Toshio (Nagoya): **Klin. Erfahrungen mit dem Darmperistalticum Prostigmin** (Roche). (Kliniški rezultatai taikant prostigminą — „Roche") (Ref. iš „Jap. journ. Chiryog. Zaschi". 1937).

Aprašytas prostigmino pritaikymas 11 pilvo susirgimų arba po operacijos. 1 fistula ani atsitikimu injekavus 0,5 kb. cm. prostigmino, nepavykę sužadinti šlapinimosi. Tačiau kitais atsitikimais šlapinimasis atsirasdavęs su peristaltika, sužadinta 1 kb. cm. prostigmino injekcijos. Veikimas pasireikšdavęs per 1 val. po injekcijos. Vienu atsitikimu prostigminas paveikęs ten, kur negelbėjusi injekcija oxyantrachinon'o preparato.

T. Goldbergas.

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

7. H. Perli: **Makščių dezinfekcijos reikšmė puerperinei užkratų profilaktikai.** („Eesti Arst", 1938, 7 nr., 512—520 p.).

Autorius esąs įsitikinęs, kad negalima pasikliauti savaiminiu makščių apsivalymu, ypačiai jei gimdymas užtrunka kiek ilgiau. Savaiminio apsivalymo mechanizmą gadinąs perankstus vandenų nutekėjimas, taip pat gimdomųjų takų kraujosruvos ir pažaidos, atsitinkančios gimdymo metu. Juo ilgiau trunkąs gimdymas, tuo nepatikimesnis esąs savaiminis apsivalymas. Todėl tokiais atvejais reikia padaryti makštyse nepatogios patogeniniams mikrobams veistis sąlygos. Šitokiai būklei padaryti autorius bandęs įleisti į makštis 1% tripaflavino skiedinio. Autoriaus patyrimai su 3.665 gimdymais 1934—1936 m. buvę šitokie:

	Iš 9.868 gimdymo be tripaflavino (1920—1931) buvo:	Iš 3.665 gimdymų su tripaflavinu (1934—1936) buvo:
Puerperiniai užkratai	789 atsitik. (7,99%)	225 atsitik. (6,1%)
iš jų buvo:		
Lokalizuoti vyksmai	743 „ (7,44%)	218 „ (5,9%)
Thrombophlebitis puerp.	14 „ (0,14%)	4 „ (0,1%)
Sepsis	29 „ (0,28%)	3 „ (0,08%)

Iš 3 sepsio atsitikimų 2 pasimirę. Abu atsitikimai (1 užleista skersinė padėtis su iškritusia rankele ir 1 hydrocephalus) buvę jau užkrėsti atvežti 3×24 valandas pūslei trūkus ir pakartotinai kitur tirti. Viename šitų atsitikimų gimdyvė pati save kelis kartus tyrusi. Tačiau šitie atsitikimai nemažiną metodės vertės. Lyginamoji mirtingumo statistika štai kokia:

Puerperinis mirtingumas	1920—1931	1934—1936
Užkratai	17 atsitik. (0,16%)	2 atsitik. (0,05%)
Atrinktinė statistika	7 „ (0,07%)	0 „ (0%)

Pagal autorių, šitokie geri duomenys priklausą nuo makščių dezinfekcijos tripaflavinu. Autorius prideda dar, kad manualinis placentos pašalinimas, pirmiau būdavęs daromas su didele baime, dabar pasidaręs visiškai paprastas dalykas, nes beveik niekuomet nesukeliąs karščio. Autoriaus nuomone, reikią daugiau dėmesio kreipti į makščių dezinfekciją.

P. A.

8. W. Günther (Kelnas): **Bestehen Zusammenhänge zwischen Geburtstermin, Geschlecht des Kindes und Mondstellung?** (Ar yra sąsyjis tarp gimdymo laiko, vaiko lyties ir mėnesio fazės?) („Zntbl. f. Gynaek." 1938 m. 22 nr.).

Autorius iš 11.051 gimdymų pastebėjęs, kad gimdymo laikas dažniausiai esąs po 7—9 dienų pasibaigus mėnesio pilnačiai arba jaunam mėnesiui. *N. Indrašius.*

ODOS IR VENEROS LIGOS.

7. Dr. Eugen Szep: **Die Wirkund von Hautextrakt auf Agliutininbildung.** (Odos ekstrakto veikimas agliutininų susidarymui) („Derm. Zeitschr." 1938 m. 78 B. 1 nr.).

Erich Hoffmann, pasirėmęs kliniškais ir eksperimentiniais patyrimais, susekęs, kad oda turinti vidaus organų apsaugojamą funkciją, kurią pavadino eisophylaksia, ir nurodė, kad tarp odos funkcijos ir organizmo imuniteto esąs artimas sąsyjis. Šituo atžvilgiu oda vaidinanti inkretorinio organo vaidmenį. Milbradt odos ekstrakto terapišką veikimą aiškina tuo būdu, kad, odai laikinai nustojus bakteriocidinių savumų, jas atstatąs, inkretorinių medžiagų turįs, odos ekstraktas.

Ar inkretorinių medžiagų veikimas vidaus organams yra tiesioginis ar netiesioginis, klausimas esąs dar nevisai aiškus. Manoma, kad šitas veikimas pasireiškiąs per parasimpatinę sistemą, skatindamas agliutininų susidarymą. Pripažinus eizofilaksinį odos veikimą, esą įdomu tirti odos hormonai, kurie, įvedus odos ekstrakto, sužadina imuninių medžiagų mobilizaciją prieš infekciją. Eksperimentais su gyvuliais nustatyta, kad odos ekstraktu skiepytieji gyvuliai pasigamina agliutininų 3—5 kartus daugiau negu kontroliniai gyvuliai, skiepyti su aq. physiologica. Odos ekstraktu glanducinu skiepytieji gyvuliai, apkrėsti paratyphus'u B, persirgę lengviau ir jų svoris nukritęs žymiai mažiau, negu paratyphus'u B apkrėsti kontroliniai gyvuliai. Iš gautų duomenų išvedama, kad odos ekstraktas, be specifiško odos veikimo, sukeliąs kovoje su infekcija dalyvaujančių agliutininų pasigaminimą. *A. Gulbinas.*

8. Dr. A. Dosa: **Ein Fall von Aktinomycosis pedis.** („Derm. Wochschr." 1938 m., 107 B., 30 nr.).

Viena moteris prieš 20 metų lengvai įsidūrusi šakėmis koją. Po vienerių metų įdūrimo vietoje atsiradęs riešuto didumo neskaudamas gumbelis. Po 17 metų šitasai gumbelis pratrūkęs, koja sutinusi ir aplinkui atsiradę naujų gumbelių. Toliau gumbelių vietoje atsivėrusios fistulės, kurios per dvejus metus pūliavusios ir ligonė del skausmų negalėjusi priminti koja. Pėda smarkiai patinusi, įsifiltravusi, vietomis buvo jaučiama fliuktuacija. Pėdos kaulų rentgeno nuotraukoje matoma dekalcinacija ir patamsėję židiniai. Pūliuose pro mikroskopą rasta aktinomyces druzų. Į augį panašus ligonės kojos pakitimas pagal Chalmer'ą vadinamas mycetoma. Paėmus pūlių ir ant agaro išaugintos aktinomyces grybelių kultūros įskiepijus jūros kiaulytei į peritoneum'o tuštymą, po 26 dienų pilvo lymfinėse liaukose, blužnyje ir kepenyse atsiradę gelsvų mazgelių, kuriuose rasta aktinomyces druzų. Ligonės ir jūros kiaulytės temperatūra buvusi normali.

Negalėjus ligonės kojos amputuoti del širdies silpnumo, pacientė, išgulėjusi 1 mėn. ligoninėje, mirusi. Grybelių rūšis, kuri šituo atveju buvo rasta, dažniau pasitaikanti tropiniuose kraštuose; Europoje šita grybelių rūšis retai pasitaikanti. *A. Gulbinas.*

9. Kurt Walther Schultze: **Gonorėjinis sepsis, pagydytas uliron'u.** (Gonokokkensepsis durch Uliron geheilt). („Deutsch. Med. Wochschr." 1938, 29 nr.).

Autorius aprašo moterį, kuri 15-tą dieną po gimdymo susirgusi sepsis gonorrhoica su metastazėmis odoje ir sąnariuose.

Iš pradžių ligonei buvęs duodamas protonsil'is 0,3×3 kartus per dieną po 2 tabl. ir 2 kartus po 5 kb. cm., prie to dar 2 kartus per dieną po 0,5 kb. cm. gynergen'o į raumenis. Per tris dienas nebuvę jokio pagerėjimo, t° pakilusi iki 39,3°. Pradėtas u l i r o n'as duoti 3 kartus per dieną po 0,5 gr. Po 24 val. temperatūra nukritusi iki 36,5°. Sąnarių ir odos reiškiniai palengva nykę, kraujyje bakterijų nerasta. Vaginos sekrete gonokokų dar buvę rasta. Po devynių dienų vartojimo (iš viso 8,5 gr.) uliron'as nutrauktas. Tame laikotarpyje aukščiausia t°-ra buvo 37,2°. Sąnariai neskaudėję, odoje pūslės pranykusios, mėlynės išblankusios. Makščių sekrete gonokokų dar vis teberandama. Kitą dieną temperatūra vėl pakilusi iki 37,7°, o per 48 val. iki 39,7°. Ligonė skundžiusis skausmais deš. petyje ir rankos sąnariuose, odoje nebuvę jokių reiškinių. Pradėta vėl duoti uliron'o po 0,5×2 k. per dieną. Kitą dieną t°-ra vėl iki normos nukritusi. Iš viso ligonė gavusi 3 gr. 19-tą dieną tepinėlyje dar rasta gonokokų, kraujyje 11.000 leukocitų, sąnarių skausmai palengva mažėję. 25-tą dieną vėl pradėtas uliron'as: 4 kartus po 2 tabl., per 3 d., gavusi 12 gr. Jokios reakcijos nepastebėta, gonokokų dar rasta. Ligonė jaučiusis gerai. 40-tą dieną, vėl per 3 dienas duota 12 gr. uliron'o; šį kartą pridėta dar pieno į raumenis po 10 kb. cm. Po ko t°-ra pakildavusi iki 39,8°. Per paskutinio gydymo laiką liemens ir rankų odoje atsiradusi smulkiomis dėmėmis stipriai niežtinti ekzantema, kuri greitai pranykusi, suleidus intra venam 10,0 calc. Gonokokų dar vis tebebuvę randama, t°-ra norm. 56-tą dieną pradėtas vietinis gydymas. Po penkių dienų gonokokų jau neberasta. Ligonė dar gydyta iki 78-tos dienos. Po kartotinių provokacijų, neradus gonokokų, nuo gydymo atleista.

Autorius pastebi, kad gydant uliron'u septiniai reiškiniai seniai pranykdavę, o vaginoje vis dar tebebuvę randama gonokokų, kurie tačiau po trumpo vietinio gydymo greitai išnykdavę. *A. Kaminskas.*

10. Dr. W e r n e r S c h m i d t: **Nevaisingumo dažnumų tyrimai po abipusių gonorėjinių epididymitų.** (Untersuchungen über die Häufigkeit der Zeugungsunfähigkeit nach doppelseitiger gonorrhoischer Nebenhodenentzündung) („Derm. Wochschr." 1938, 1 nr.).

Senesnėje dermatologinėje literatūroje randama, kad ne mažiau, kaip 80—96% visų vyrų, persirgusių abiejų pusių gonorėjinį epididymitą, lieką nevaisingi.

Pasirėmęs savo ir kitų paskutinių metų tyrinėtojų duomenimis, autorius šitą tvirtinimą užginčija. Iš 57 jo ištirtų vyrų nevaisingų radęs tik 26, o 31 buvęs vaisingas. Taip pat kiti du (D ö r f f e l ir L u t t e r b e r g) nevaisingų radę tik 46%.

Anksčiau tokia klaidinga statistika, autoriaus manymu, buvusi todėl, kad peranksti buvusi tiriama sperma. Iš pradžių obliteravęsi sėklų išvedamieji takai per kelerius metus atsipalaiduoją ir nevaisingųjų dalis lieką vėl vaisingi. *A. Kaminskas.*

OTORINOLARYNGOLOGIJA.

7. **Vaikų tonsilloectomia.** (Tagung der Gesellschaft Sächs,-Thür,-Ohren,-Nasen und Halsärzte in Halle a. S. am 27. u. 28. Nov. 1937; perrefer. iš „Der Hals-Nas. u. Ohrenärzt." 1938 m. B. 46, H. 5).

Vaikams, kaip ir suaugusiems, dauguma atsitikimų tonsilloectomia daroma vietinėje audinių anestezijoje. Jei vietinės anestezijos nepakanka, operacija daroma svaiginamojoje (Rausch) narkozėje. Su Sluder'o instrumentu tonsiloektomija galima dauguma atsitikimų padaryti, bet ne visuomet. Giliai pasislėpusių tonsilių pašalinimas šituo instrumentu sukeliąs abejojimų. Autorius taip pat neigiamai atsiliepia del S l u d e r'o modifikacijų.

Vaikams tonsilloectomia turi būti daroma greit, tikrai ir švelniai. Del tonsilių elektrokoaguliacijos naudingumo abejojama. Toliau įspėja-

ma, kad, darant vaikams tonsiloektomiją, tonsilės reikia žnyplėmis tvirtai sučiupti, nes minkšti audiniai išsiplėšią ir tonsilė išslystanti. Suaugimų ir del to pavojingų kraujavimų vaikams pasitaiką retai. Tonsilių lizduose ne retai pasitaiką stambių venų arba jų rezginių, kurias operuojant sužeidus, gaunamas stiprus kraujavimas. Kraujavimas būnąs dar stipresnis, jei vaikas, neatgavęs sąmonės svaiginamojoje narkozėje, rėkiąs. Ohnacker tokiais atsitikimais operuojant dedąs klemus, kuriuos baigęs operaciją nuimąs. Indų perrišimas nereikalingas. Pooperaciniai kraujavimai vaikams dar retesni negu suaugusiems; pooperacinių skausmų dažniausiai visai nebūną.

Indikacijos tonsiloektomijoms turinčios būti taip pat tiksliai nustatytos, kaip ir suaugusiems; čia taip pat anamnezė svarbesnis dalykas, negu objektyvūs tonsilių tyrimo duomenys. Svarbiausios indikacijos: dažnai recidyvuojančios anginos su peritonsiliniais abscesais ar be jų, tonsilogeninės kilmės subfebrili temperatūra, atitinkamų lymfinių liaukų patinimas, sepsiniai susirgimai, nors jie vaikams iš tonsilių rečiau pasitaika negu suaugusiems. Vaikams tonsilės taip pat šalinamos, jei randama paliesti inkstai, širdis, sąnarių reumatas ar chorea minor. Difterijos bacilų nešiotojams tonsilės reikią būtinai pašalinti. Tačiau autorius mano, kad intervencija pavojinga vaikams — difterijos bacilų nešiotojams, kurie kliniškai nesirgę difteritu ir neturį aktyvaus imuniteto. Del operacijos biologinių sąlygų pakitėjimas burnoje ir žiotyse galįs paskatinti susirgimą difteritu. Ohnacker savo ligšioliniais stebėjimais tam pritaria. Liežuvio migdolo (tonsilla linguae) audinių tarpimas ir surandėjimas vaikams dažniau pasitaikąs negu suaugusiems.

Tonsiles pašalinus jokių jų stokos reiškinių vaikams nepastebėta. Kai kuriems vaikams pastebėtas stiprus kitų lymfinių audinių augimas. Po operacijos žiotyse didesnių randų retai randama. Kai randai paliečią minkštąjį gomurį, tai jie lengvai galima pašalinti masažu. Plaučių abscesų nebuvę pastebėta, nes operacija daroma vietinėje anestezijoje arba chloretiliu apsvaiginus; bendrinė narkozė neduodama.

Tonsilių pašalinimas vaikams daromas tik esant griežtoms indikacijoms. Referentas nusistatęs prieš nuomonę, kad tonsiloektomija visur reikią daryti, kur buvo daryta tonsillotomia. Per didelės tonsilės pačios vienos nėsančios indikacija operacijai. Visai kas kita del adenoidų, kurių vien padidėjimas sudaro žymių apsunkinimų.

Ohnacker jau 12 metų nėsąs padaręs nė vienos tonsilotomijos ir manąs, kad atsitikimo, reikalaujančio dalinio tonsilių pašalinimo, nepasitaikys. Tonsilotomija esanti ne chirurginė intervencija (anatominė struktūra, patologiniai pakitimai, kriptų turinys); tonsillotomia esanti nepakankama intervencija, nes tonsilės „šaknis" galinti būti taip pat nesveika kaip ir visa liauka, o iš čia pakitėjusi ir peritonsilinė sritis. Pagaliau tonsillotomia esanti žalinga: del jos susidarę randai uždarą kriptas ir paskatiną tonsilinius susirgimus.

Žinios apie gautus gerus rezultatus, švitinant tonsiles rentgenu, labai prieštaraujančios. Be to, reikią prisiminti, kad galį būti susirgę ir gretimi tonsilėms audiniai. Ohnacker konservatišką tonsilitų gydymą laikąs nevertingu, nes iš to atsirandanti chroniška forma, ir ji naudotina tik ten, kur chirurgiška intervencija negalima.

Diskusijos: Eckert - Möbius (Halle a. d. S.) sutinka su visais autoriaus išvedžiojimais, ypatingai su atsisakymu nuo tonsilotomijų. Per paskutiniuosius 10 metų kliniką aplankę daug ligonių (1.176 ligoniai), kuriems buvo padaryta tonsillotomia. Jis pastebėjęs, kad daugiau negu pusė ligonių po šitos intervencijos turėję chronišką tonsilių įdegimą. Del to jis siūlo dar kartą atsisakyti nuo tonsilotomijos.

V. Eicken (Berlynas) tam netikįs, kad kiekvienu atsitikimu, kada pas vaikus randamos hypertrofavusios tonsilės, jos reikalingos ligi hilus'ų pašalinti. Jo klinikoje dar ir šiandien daroma daug tonsilių operacijų su Famestock'o arba Sluder'o instrumentais ir jis manąs, kad duodą gerų pa-

darinių. Kad atsirandą randų su retencijų reiškiniais, jis del to neabejojąs. Eksudacinės diatezės vaikus konservatiškai gydyti jam pasiūlęs garsusis pediatras Czerny pieno rūgštimi. Vaikui mėnesį duotina acid. lacticum 10% 1 arbatinis šaukštelis į stiklinę vandens ir pridėtina aviečių. Šitą rūgštų gėrimą vaikai labai mėgstą. Kol duodama acid. lacticum, nei gryno pieno, nei jo produktų vaikui negalima duoti. Šituo būdu pakeitus žarnų florą, sumažėjąs uždegimų palinkimas Waldeyer'o žiede ir dažnai sumažėjančios tonsilės.

Ohnacker: „Aš nuo tonsilotomijos visiškai atsisakau ir remiuosi štai kuo: dauguma šitų atsitikimų, nors ir ne visų, tonsilėse dažnai pasireikšdavę įdegimai. Todėl susidaro indikacija tonsiloektomijai. Jei anamnezėje ir nieko nerastume, tai histologiški tyrimai parodys, kad šitos intervencijos verta atsisakyti ir aš siūlau tonsiloektomiją".

Toliau autorius priduria, kad pasirėmus patologiniais ir klinikos duomenimis, tonsillotomia atmestina. *Ks. Vencius.*

8. R. Hechelmann: **Komplikacijos po tonsiloektomijos.** („Der Hals-usw. Arzt." I, 29, H$^{1}/_{2}$, 65; perref. iš „Des Hals-Nas. u. Ohrenarzt", 1938, B. 46, H. 5).

Medžiaga paimta iš Leipcigo ausų, nosies ir gerklės klinikos 1.695 tonsiloektomijų, kurios buvo padarytos 1930—1936 metais. Iš šitos medžiagos paaiškėję, kad svarbiausioji komplikacija buvęs pooperacinis kraujavimas, kuris įvykęs 83 ligoniams (apie 5%). Šitame skaičiuje esančios moterys buvusios operuojamos intermenstruum'o laikotarpyje, nes menstruum skatinąs kraujavimus. Kita komplikacija buvusi pooperacinis temperatūros pakilimas; tačiau autorius tokių ligonių procento nenurodo. Pooperacinis peritonsilarinių vočių susidarymas buvęs tik keliems ligoniams, ir manoma, kad infekcija patekusi darant injekcinę anesteziją. Dauguma atsitikimų chroniškai įdegusiose tonsilėse buvęs rastas židinys, kuris prieš operaciją davęs bendrus negalavimo reiškinius. Plaučių komplikacijos aspiratorinės pneumonijos pavidalu pasitaikydavusios labai retai, nes operacijos buvusios daromos vietinėje anestezijoje. Retai pasitaikančios komplikacijos, kaip, pvz., aktinomyces, gleivinių erysipelas, šitame skaičiuje nepasitaikiusios. Dažniausiai pasitaikančioji komplikacija — pooperacinis kraujavimas — dažniausiai buvusi ambulatoriškai operuotiems ligoniams. Todėl autorius pastebi, kad ligonis, kuriam šalinamos tonsilės, turįs ne mažiau kaip 6 dienas išbūti ligoninėje. *Ks. Vencius.*

KLINIKOS IR PRAKTIKOS PATYRIMAI.

× Natrium chloratum kiekio kraujyje nustatymas.

Nustatant NaCl kiekį kraujyje, reikia pirmiau išskirti baltymai. Tat pasiekiama virinimo-koaguliacijos ir adsorbcijos koalinu būdais, būtent: į mažą (1) kolbą įpilama 1 kb. cm. serumo arba kraujo ir pridedama 15 kb. cm. 0,01 ac. acetici. Šildoma iki užverdant. Pridedama tiek lašų 0,1/n NaOH, kol reakcija pasidaro neutrali. Ataušinama po kranu. Į 2-rą kolbutę įpilama 25 kb. cm. skystimo. Pirmoji kolba perplaunama dar destiliuotu vandeniu, įpilama į antrąją mažą kolbutę iki brūkšnelio. Pridedama ant peilio galo koalino, stipriai suplakama ir filtruojama. Imama 20 kb. cm. filtrato (kas atitinka 0,8 kb. cm. serumo), pridedama 1—2 lašai 7 % kalium chromatum skiedinio ir titruojama 1/50-n. sidabro nitrato skiediniu tol, kol skystis nusidažo rudai

Kiekvienas pavartotas kb. cm. sidabro nitrato skiedinio atitinka 1,17 mg. NaCl. Pavyzdžiui, suvartota 4,25 kb. cm. sidabro nitrato skiedinio, kas atitinka 4,25 × 1,17 = 4,97 m. NaCl — 0,8 kb. cm. serumo, o 100 kb. cm. serumo turės: $\frac{4{,}97 \cdot 100}{0{,}8} = 621$ mg. %.

J. Fridmanas.

× **Zephirol — naujas vaistas rankoms ir operacinīam plotui dezinfekuoti.**

Autorius duoda trumpą chirurgijos plytėjimo iš antisepsijos į asepsiją apžvalgą ir, paminėjęs įvairius dezinfekcinius vaistus rankoms ir operaciniam plotui dezinfekuoti, daro išvadą, kad visų geriausias iš tų vaistų esąs zephirol (rankoms 1%, operaciniam plotui 2%). Autorius vartojąs šitokią dezinfekcijos techniką: 2 minutes reikią mazgotis rankas neutraliu muilu ir šepetėliu, paskui 5 minutes 1% zefirolio skiediniu ir gumine pintimi, nusiplauti, nusišluostyti steriliu rankšluosčiu ir užsimauti sterilias gumines pirštines. Operacinis plotas mazgoti 2 minutes 2% zefirolio skiediniu ir apkloti sterilia medžiaga. (A. Linkberg: „Eesti Arst." 1938 m. 7 nr., 504—511 psl.). *P. A.*

× **Anosmijos gydymas.** Dr. J. Bamberger (Jeruzalemas) anosmijai gydyti pataria amylum nitrosum po 3 lašus inhaliuoti tris kartus per dieną (Dr. J. Bamberger: „Ars Medici". 1938, 7—8 nr.).
N. Indrašius.

× **Koronarinės trombozės gydymas.** Prof. Hasenfeld (Budapeštas) koronarinės trombozės atveju pataria šią priemonę: Rp. Strophanthini 0,1—0,3 mg.; Euphyllini 0,1—0,2; 10% glukozės 20,0. S. Iš lengvo švirkšti į veną kas 6—12 valandų. Strofantinas pakeliąs širdies jėgą, eufilinas pagerinąs koronarinių indų apytaką. Taip gydant pulsas pagerėjąs, kolapso reiškiniai ir skausmai praeiną. Digitalis nepatartinas, nes jisai per n. vagus siaurinąs koronarinius indus. („Prag. med. Zschr." 1938 m. 6 nr.). *N. Indrašius.*

× **Migrenės gydymas.** Prof. R. Usui (Tokio) migrenei gydyti pataria magnesium bromicum 5% švirkšti į veną. Magnesium bromicum esanti veikliausia magnezijos druska. Sėkmingesnis gydymas esąs, kai kartu duodama ir seksualinio hormono (ovohormon'o arba enarmon'o). („Wien. klin. Wschr." 1938 m. 22 nr.). *N. Indrašius.*

× **Diabetes mellitus gydymas su mielėmis.** W. Beckert diabetes mellitus gydyti karštai pataria mielių preparatus (fermocyl, levurinose, thalyferm ir t. t.) („Münch. med. Wschr." 1938 m. 32 nr).
N. Indrašius.

× **Vaikų ekzemos gydymas.** J Damianovich ir R. A. Ravizzoli (Buenos Aires) vaikų seborojinės ekzemos atveju pataria: Rp. Acidi salicyl. 0,5—1,0; Bismuthi subgall. 3,0; Vasel., Lanol. ana 15,0. — Nuo niežėjimo ekzemos atveju: Rp. Anaesthesini 0,5; Acidi borici 1.0; Tumenol, 2,0; Zinci oxyd. 6,0; Vasel., Lanol. ana 15,0. — Nuo infekuotos ekzemos: Rp. Cupri sulfur., Zinci sulfur. ana 0,05; Aqu. destill. 5,0; Lanol. 5,0; Vasel., Amyl. ana 10,0. — Nuo intertrigo: Rp. Resorc. 1,5; Acidi borici 4,0; Bism. salicyl. 10,0; Talci veneti 90,0. Arba: Rp. Tannoformi 10; Zinci oxyd. 20; Talci veneti 100. („Arch. argent. Pediatr." 1937 m. 8 sąs.). *N. Indrašius.*

× **Stomatitis gydymas.** Stomatito atveju, kai yra sveiki dantys, dantų smegenys teptinos šia pasta: Rp. Cret. praecip., Magnes. calcinat. ana 25,0; Natr. borac. 2,5; Saccharin. 0,25; Olei Menth. gutt. X. — Kartu plauti burna lengvai dezinfekuojamais skysčiais. („Kinderärztl. Prax." 1937 m., 12 sąs.). *N. Indrašius.*

× **Galvos seborrhoea oleosa gydyti** prof. Julius Mayr (Miunchenas) pataria šią priemonę: Rp. Mitigali 2,0; Aether sulfur. 20,0; Spiriti ad 100,0. S. Be to, siūlo švitinti kvarco lempa nedidelėmis dozėmis ilgesnį laiką. („Münch. med. Wschr." 1938 m. 35 nr.). *N. Indrašius.*

× **Naujas ozenos gydymas.**

I. T. Dorochenko nurodo, kad ozenai gydyti dabar yra pasiūlytas naujas vaistas — gravidol (gravidan). Tat sterilizuoti nėščios

moters šlapimai, kurie leidžiami ligoniui į raumenis: iš pradžių po 1 kb. cm., vėliau po 2 kb. cm. kasdien ar kas antra diena. Iš viso padaroma 20—30 injekcijų. Autorius šituo būdu gydęs 28 ligonius: 21 moterį ir 7 vyrus, kurie turėję ozeną. Ligonių amžius buvo 17—36 metų. Visi ligoniai, be 2, pagerėjo po 8—10 injekcijų. Minėtieji 2 ligoniai, kurie nepagerėjo, be ozenos, sirgo dar chroniškų paranazalinių daubų pūliavimu. Be to, ligoniai po injekcijos jausdavę bendrą savijautos pagerėjimą. („Acta oto-laryng." 25, 542, 1937). *Ks. Vencius.*

× **Larynx'o tuberculosis ir pneumothorax.** C. Baccarani aprašo 20 ligonių, kurie turėjo larynx'o tuberkuliozę ir jiems tuo pat metu buvo padarytas pneumothorax. Pasak autoriaus, dabar daugelis fiziologų laikosi nuomonės, kad larynx'o tuberkuliozė, net ir sunkios formos, nesudaranti jokios kontraindikacijos pneumothorax'ui. Ligos eiga plaučiuose esanti tampriai susijusi su procesu larynx'e. („Otol. ital." 7, 40, 1937). *Ks. Vencius.*

× **Alopecia seborrhoica gydymas.** Pleiskanos pašalinamos plovimais su muilu, pirmiau plaukai galima suminkštinti kuriuo nors aliejum. Plaukų šlapiuojanti seborėjinė ekzema gydytina diachylon'o tepalu, paskui sieros tepalu. Lengvais atvejais pakanką 0,5—1% rezorcino spirito su 5% tinct. chin., tinct. capsic., arba ½% chloralhydrat'o, paskui patepti 10% sieros ar ½% glicerino alkoholiniais tepalais. Stipriau veikianti siera in statu nascendi pagal šį receptą: Rp. Natrii triosulf. 3, Solve in Aqu. destill. 50, adde Spiriti Vini conc. (95%) ad 100. — Kai siera nepakeliama, vartotinas liquor carbonis detergens. (Doc. G. Riehl jun. (Viena): „Klin. Fortbild". 1938, Bd. 5, H. 4). *N. Indrašius.*

× **Ulcus cruris gydymui** siūlomas šitoks receptas: Rp. Sacchari alb. subt. pulv.; Zinci oxyd., Olei jecoris aselli, Sulf. praecip. ana 10; Lanolini, Vaselini albi ana 20. M. f. unguentum. („Hippokrates" 1938 m. 15 nr.). *N. Indrašius.*

× **Arterinei hypertonijai gydyti** siūlomas šis receptas: Rp. Viscum album conc., Flor. Crataegi oxyacanth. ana 40, Herb. equiseti conc., Rad. valerian. conc. ana 10. M. f. spec. D. S. 1 valg. šaukšt. stiklelyje vandens atskiesti iš vakaro, laikyti šaltai ir ant rytojaus per dieną trim porcijomis išgerti. (J. Olivet (Berlynas): „Jahreskurse f. ä. Fortb." 1938 m. IV sąs.). *N. Indrašius.*

× **Reumato gydymas intraveniniais pyramidono švirkštimais.** R. Gosio ir G. Ricci (Roma) sėkmingai gydą reumatą intraveniniais pyramidono švirkštimais 0,1—0,3 dozėmis. Pyramidonas sutaisomas 2% ir iš lėto švirkščiamas į veną. Pro veną duodamas pyramidonas nežalojąs skrandžio („Accad. Med. Roma". 1937 m. 335 p.). *N. Indrašius.*

× **Paprasta metodė psichiniam susirgimui nustatyti.** Į veną švirkščiama 1—2 kb. cm. 10% evipano skiedinio. Šitas mažas evipano kiekis psichiniam ligoniui sukeliąs lengvą psichomotorinį sujaudinimą, o sveikam kaip ir neveikiąs arba visai menkai teveikiąs. (A. Catalano (Palermo): „Gi. Med. mil." 1938 m. 56 p.). *N. Indrašius.*

× **Skrandžio ir žarnų opų gydymas.** Parenteralinis C- vitamino davimas gerai gydąs skrandžio ir žarnų opas. Toks gydymas esąs dar sėkmingesnis, kai pakaitomis švirkščiama ir folikulino. (G. Arpino (Neapolis): „Folia med." 1938 m. 85 p.). *N. Indrašius.*

× **Kepenų sužalojimas su atofanu.** G. Köhne (Berlynas) aprašo geltonosios kepenų atrofijos atsitikimą nuo ilgo atophan'o vartojimo. („Klin. Wschr." 1938 m. 25 nr.). *N. Indrašius.*

× **Gydymas moters pienu.** O. Persich ir A. Herczog (Fiume) moters pieno švirkštimais sėkmingai gydą plaučių tuberkuliozę, lydimą haemoptoe's (30 atsitikimų kraujavimas sustojęs po 1—2 švirkštimų),

kraujavimus iš uterus'o, ulcus ventriculi, sąnarių reumatą, ischias'ą, n. trigemini neuralgiją, hypertensiją. Po įšvirkštimo truputį pakyląs karštis. („Minerva Med." 1937, II, 522 p.). *N. Indrašius.*

× **Pleuros empyemos gydymas.**

Empyemos gydymo metodžių įvairumas ir skirtingi gydymo duomenys pareina nuo didelio medžiagos įvairumo. Ypač svarbu esą ligonio amžius. Vadovėliai ir gydytojai sutinką, kad kūdikiams rezekcija netinkanti, nes duodanti didelį mirtingumą. Czerny empyemos priežastį mato krūtinės ląstos ypatingoje formoje; be to, gal turįs reikšmės ypatingas kūdikio mediastinum'o paslankumas. Didesniems vaikams rezekcijai taip pat esanti viena aiški kontraindikacija — tat ypatinga pleuros hypersekrecija. Jei pūliai skysti ir po punkcijos per kelias valandas vėl pripildo pleurą, padarius rezekciją galima gauti, gausiai pūliams tekant, pavojingas organizmo išdžiūvimas. Geriau laukti, kol pūliai sutirštės, ir tik būtinam reikalui esant mažinti spaudimas punkcijomis.

Pasirenkant gydymo būdą, reikią atsižvelgti į išorines sąlygas, pvz., į galimumą ilgiau stacionariškai gydytis, nepasiturėjimą ir t. t.

Dažnai pakanką grynai konservatiško gydymo. Esant karščiui duodama 0,1—0,2 esant reikalui iki 0,8 pyramidono pro die, kol gaunama t°-ra žemesnė kaip 37,5°, gera savijauta, apetitas ir svorio augimas, ir nepunktuojama. Taip išgydyta iš 171 atsit. 21 empyema, taip pat visos tarpskiltinės empyemos, kurios operuojamos tik išimtinais atvejais. Jei t° nekrinta, vaikas apatiškas, dūsta, nedelsiama su punkcijomis. Punktuojama ir plaunama su sol. optochini mur. 0,5% iki skaidrumo. Nevisada pakanką vienos punkcijos. Pakartotinai punktuojama chloralhydrato narkozėje per klizmą. Optochino 0,5% tirpinys galima ir deponuoti. Iš 171 atsitikimų, gauta 70 išgijimų ir 17 mirčių del įvairių komplikacijų, k. a.: perikarditų, peritonitų, pneumonijų ir t. t.

Kai punkcijos nebegelbėdavusios, buvusi daroma tarpšonkaulinė torakocentezė su aspiracija. Gauta 25% mirtingumo, bet tat buvę sunkesni, labiau komplikuoti susirgimai. Rezekcija daryta 21 vaikui ir gauta panašių rezultatų: mirę 4, pasveikę 17. Konservatiško ar punkcijomis gydymo išdavoje susidaręs krūtinės ląstos iškrypimas reikšmės neturįs, nes visada vaikams atsitaisą. Pas buvusius empyemikus po kiek metų nė karto nerasta pastovios skoliozės.

Išvedama, kad geriausios metodės empyemai gydyti nėsą. Pabrėžiami tik konservatiško gydymo neblogi rezultatai, bet kartu pažymima, kad laukti galima tik tol, kol tai ligoniui nekenkią; o jei tik kenkią, nereikią delsti, su atitinkama intervencija. (Jaithe, Larisch: „Mschr. Kinderheilk." 74 t., 104 p., 1938). *P. Baublys.*

× **Akne vulgaris gydymas torantil'iu.** Torantil'is gaunamas iš žarnų gleivinės; jis veikiąs antialergiškai bei atnuodijančiai; jisai desensibilizuojąs organizmą, kuris šitos ligos atveju esąs apsunkintas įvairios rūšies antigenų, intestinalinės autointoksikacijos. Su torantil'iu gaunama tiesiog stebėtinų rezultatų. Sunkiais akne vulgaris atsitikimais iš pradžių švirkščiama, o paskui duodama per os dvi savaites dragées tris kartus per dieną po 2, paskui 2×2; lengvais atsitikimais pakanką tik vien dragées. Svarbu esą gydymas nenutraukti per anksti: išnykus akne vulgaris, dar reikią 2—3 savaites duoti kasdien po 2—4 dragées. (Marga Hartmann (Berlynas): „Derm. Wschr." 1938 m.). *N. Indrašius.*

× **Lichen ruber planus gydymas chloraethyl'iu.**

Doc. dr. Heinrich Lehndorff, paskatintas prof. Eppinger'io klinikos bendradarbių J. Meller'io ir R. Tschofen'o straipsnio apie pasisekimą gydant psoriasis'ą chloraethyl'iu, aprašo savo patyrimus gydant chloraethyl'iu visai kitą dermatozę, būtent, lichen ruber planus, kuri su psoriasis vulgaris tik tiek teturi bendra, kad taip pat sunkiai pasidūoda gydoma.

Autorius aprašo tik vieną atsitikimą, bet pabrėžia, kad, kadangi tai jo paties susirgimo būta, labai tiksliai jį stebėjęs. Pirmą kartą minėtas susirgimas pasireiškęs 1901-siais metais ir pasireiškęs niežtinčiomis „plaques", kurios buvo apdengusios abiejų dilbių beveik visus volarinius paviršius ir mažesniais židiniais žastus, delno dorsaliame paviršiuje ir kryžiuje. Gydomi arsenu labai lėtai židiniai nykę. Kitais metais atsirasdavę naujų mažų židinių. 1937 metų pavasarį išsivystęs sunkus recidyvas tose pačiose vietose, kuriose jau prieš 36 metus buvo. Volarinis abiejų dilbių paviršius apsidengęs rusvai raudonomis ir mėlynomis „plaques", del ko susidariusi kosmetiškai labai bjauri išvaizda ir tuo būdu pasunkėjęs pareigų ėjimas. Exanthema pasirodžiusi kiekvienai terapijai labai atkakli: arsenas didelėmis dozėmis per os ir po oda tiktai sukeldavęs viduriavimą ir herpes, bet nėkiek nepaveikęs lichen ruber išbėrimo. Stuburo švitinimas rentgeno spinduliais tik niežėjimą pašalinęs. Ieškodamas vietoje veikiančių priemonių, autorius patyręs, kad hiperemijos sukėlimas tiek būdavęs sėkmingas, kiek paveiktos vietos, kad ir laikinai, nublukdavusios ir eidavusios plokštyn. Po vieno kito preparato buvęs pavartotas chloraethyl'is. Juo buvęs laistomas tik vienas dilbio apibrėžtas židinys 2,0×2,0 cm., iš pradžių kas 1—2 dienos, vėliau ilgesnėmis pertraukomis; užšaldymo laikas 1—2 minutės. Artimiausiose valandose paveiktos vietos ryškiai parausdavusios ir kiek pabrinkdavusios. Reakcijai praėjus lichen efloresencijos nublukdavusios ir suplokštėdavusios, galop visai išnykdavusios taip, kad lichen ruber paliestos odos ploto vidurvje atsirasdavusi normalios odos dėmė. Ir pasirodęs stebėtinas dalykas, kurį ypač iškelia savo straipsnyje taip pat Meller ir Tschofen: netrukus po laistomo chloraethyl'iu židinio išnykimo, atsirasdavusi ir kitose vietose, kurios visai nebuvo kontakte su chloraethyl'iu, lichen židinių regresija.

Pradėję blukti ir nykti židiniai, visai chloraethyl'io nepaveikti, ir po kelių savaičių susirgimas buvęs pagydytas; mažiau pasikeitęs tik židinys kryžiaus srityje. Po vienerių metų atsiektas stovis dar laikęsis, abiejų dilbių oda esanti minkšta ir lygi ir rodanti tik mažai pasireiškusią rausvai gelsvą pigmentaciją. Baigdamas autorius pabrėžia chloraethyl'io veikimą tolimiems židiniams (Fernwirkung) ir mano, kad Meller'io ir Tschofen'o hipotezė, kad chloraethyl'io paveiktoje odoje atsirandanti medžiaga, kuri keičia odos dispoziciją prie psoriasis'o, ir todėl jis taikytinas ir lichen ruber susirgimams gydyti. Turėdamas Eppinger'io klinikos patyrimus del psoriasis vulgaris, autorius pataria šitą paprastą gydymo būdą ir tokiai atkakliai dermatozei, kaip lichen ruber. *J. Aronavičius.*

Kronika

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Berlyne — prof. med. dr. Hans Claus, 64 metų amžiaus, otorinolaringologas. — 2) Prof. Max Kappis, 57 metų amžiaus, chirurgas. — 3) Breslave — prof. Johannes Lange, 47 metų amžiaus, psichiatras. — 4) Vienoje — prof. Alfred Luger, internistas. — 5) Insbrucke — prof. em. Bernhard Mayrhofer, odontologas.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Medicinos gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Izraelis Gotleras, Vincentas Radzvilas, Vladimiras Rafas ir Alfonsas Strupas.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavusi Praurima Grinevičiūtė-Murinienė.

× **Odontologijos kandidato laipsnis** pripažintas Valeskai-Elenai Korevaitei.

× **V. D. Univ-to Medicinos fakulteto asistentų reikalais:**

1) Gyd. M.-O. Juškevičiūtei, akių klinikos jaun. asistentei, asistavimo laikas pratęstas dar 3 metams.

2) Chem. vaist. A. Gabrėnas išrinktas fiziologijos kat. vyr. asistentu.

3) Med. kand. Kuprys išrinktas fiziologijos kat. demonstratorium.

× **Gyd. Bl. Abraičio disertacijos gynimas.** Medicinos fak-to oponentais ginant gyd. Bl .Abraičio disertaciją **„Lęšio pasaitai"** medicinos daktaro laipsniui gauti išrinkti: prof. J. Žilinskas, prof. P. Avižonis ir prof. E. Vinteleris.

× **Prof. Al. Hagentorno ir prof. P. Raudonikio profesoriavimo laiko pratęsimas** dar vieneriems metams V-bės Prezidento patvirtintas.

× **Doc. P. Stančius pakeltas į profesorius.**

Medicinos fakulteto odontologijos katedros doc. P. Stančius Valstybės Prezidento patvirtintas ekstraordinariniu profesorium.

× **Med. d-ras J. Šopauskas** patvirtintas **higienos katedros docentu.**

× **Med. dr. J. Kairiūkštis** patvirtintas V. D. U-to Medicinos f-to farmakologijos katedros vyr. asistentu ir vidaus ligų katedros privatdocentu.

× **Med. d-ras J. Kupčinskas** patvirtintas vidaus ligų klinikos vyr. asistentu.

× **Prof. d-ras P. Avižonis** pakviestas būti žurnalo „Zeitschrift f. Augenheilkunde" koredaktorium.

× **Doc. J. Šopauskas** išvyko į užsienius susipažinti su higienos insitutais.

× **V. D. Univ-to Medicinos fakultete** numatoma priimti į I-ąjį semestrą

1) Medicinos skyriuje — 90 studentų,
2) Odontologijos „ — 30 „ ir
3) Farmacijos „ — 30 „

Iš viso 150 studentų.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **3-sis plastinės chirurgijos europiečių kongresas** bus 1938 m. rugsėjo mėn. 25—27 d. Mailande. Reikalas kreiptis į kongreso sekretoriatą: Mailand, via della Commenda (Padiglione Mutilati del Viso).

× **Tarptautinis gyvybės apdraudimo kongresas** bus 1939 m. gegužės mėn. 18—21 d. Paryžiuje.

× **V-sis Pabaltijo Oftalmologų Suvažiavimas buvo Tartų Universiteto Akių klinikoje 1938 m. rugsėjo 3—4 d.**

Darbotvarkė:

Šeštadienis, IX. 3 d. 9 val. **I posėdis.**

1. Pick (Klaipėda): Apie ašarinių takų susirgimus ir gydymą.
2. Buck (Pernu): Vokų putmena.
3. Janson (Ryga): Akiduobės cistos.
4. Suurküla (Tartu): Bakteriologinių konjunktyvos duomenų įvertinimas.
5. Kuriks (Tartu): Trachoma Estijoje.
6. Elkes ((Kaunas): Apie radioterapiją oftalmologijoje.

15 val. **II posėdis.**

1. Balod (Ryga): Apie tinklainės cistas.
2. P. Avižonis (Kaunas): Tinklainės atšokų be plyšio prognozė.

3. Uudelt (Tartu): Apie mūsų patyrimus gydant tinklainės atšoką diaterminės koaguliacijos būdu.
4. Apin (Ryga): Glaukomos problema Latvijoje.
5. Vooremaa (Tartu): Apie glaukomos gydymo vaisius.
6. Juškevičiūtė (Kaunas): Exophthalmus pulsans, susikomplikavęs glaukoma.

20 val.: Bendra vakarienė.

Sekmadienis: IX. 4 d. Nuo 9½ iki 12 val.: Estų Tautinio Muziejaus lankymas.

12½ val. **III posėdis.**

1. V. Avižonis (Kaunas): Capillaropathia retinalis.
2. P. Avižonis (Kaunas): Anophthalmus congenitus unilateralis (demonstravimas).
3. Apin (Ryga): Žvairumas, jo išplitimas, socialinė reikšmė ir kova su juo Latvijoje.
4. Blessing (Tartu): Klinikos uždaviniai.

16 val.: Bendri pietūs.

Suvažiavime dalyvavo 32 atstovai, kurių pusę buvo sudarę lietuviai ir latviai. Į prezidiumą išrinkta Uudelt (Estijos atstovas), Janson (Latvijos atstovas) ir P. Avižonis (Lietuvos atstovas)).

× **Iš Pabaltijo Oftalmologų kongreso.**

Rugsėjo 3—4 d. Tartu mieste įvyko penktasis Pabaltijo Oftalmologų kongresas. Dalyvavo 14 akių gydytojų iš Estijos, 15 iš Latvijos, 6 iš Lietuvos ir 1, kaip svečias, iš Suomijos. Per 3 posėdžius skaityta 16 pranešimų, apžiūrėta naujai pastatytoji universiteto akių klinika, tautos muziejus. Draugiškiems santykiams ugdyti buvo suruoštos bendros vaišės, ekskursijos. Kongreso dienos praėjo labai jaukioje dalyvių nuotaikoje.

Pirmasis šitoks Pabaltijo oftalmologų kongresas buvo 1928 m. Rygoje. Kongresai vykdomi kas 2 metai vis kitoje valstybėje. Jiems ruošti yra specialios taisyklės, suredaguotos profesorių Blessigo (Tartu), a. a. Rubertso (Ryga) ir Avižonio (Kaunas). Per šį suvažiavimą šitos taisyklės buvo papildytos dar vienu nuostatu, būtent: „Glaudesniam Pabaltijo valstybių akių gydytojų bendradarbiavimui palaikyti, pamatinėms kongresų pranešimų temoms nustatyti ir kitiems organizaciniams kongresų uždaviniams spręsti steigiama **Pabaltijo Oftalmologų Taryba** iš trijų narių, Kauno, Rygos ir Tartu universitetų akių klinikų profesorių. Tarybos pirmininkas yra tas profesorius, kurio šalyje bus šaukiamas būsimas kongresas.

Tuo būdu Pabaltijo Oftalmologų Tarybą sudaro profesoriai Uudeltas (Estija), Jansons (Latvija) ir Avižonis (Lietuva). Kadangi sekamasis, šeštasis iš eilės kongresas bus 1940 m. Lietuvoje, tai šį tarpą Tarybos pirmininku bus prof. P. Avižonis. Tarybos garbės pirmininku išrinktas profesorius E. Blessigas. *P. A.*

× **XI-oji tarptautinė prieštuberkuliozinės sąjungos konferencija** numatyta Berlyne 1939 metais rugsėjo mėn. pradžioje. Šitoje konferencijoje bus svarstomi šie klausimai: Kocho bacilų žalingumo problema, ar yra reikalas sistemingai nagrinėti plaučių tuberkuliozės pėdsakus ir profesionalinis tuberkuliozininkų apmokymas.

Iš tarptautinės prieštuberkuliozinės sąjungos sekretoriato yra atsiųstas paraginimas Lietuvos gydytojams prisidėti prie šitų klausimų panagrinėjimo, dalyvaujant diskusijose arba skaitant pranešimus. Norį dalyvauti konferencijos moksliniuose darbuose kviečiami pranešti savo temas Lietuvos draugijos kovai su tuberkulioze pirmininkui dr. Griniui.

× **D-ja kovai su tuberkulioze įsteigė savo skyrių Marijampolėje.**

Marijampolės apskr. gydytojų d-jos iniciatyva Marijampolėje įsteigtas Draugijos kovai su tuberkulioze skyrius. Skyriaus tikslas — kovoti su šio baisaus žmonijos priešo — džiovos — plitimu Marijampolės apskrityje ir padėti susirgusiems. Skyriaus valdybon yra išrinkti: miesto viceburm. — pedagogas Natkevičius, adv. Liudžius, dr. Žilinskas, p. Kalendrienė, p. Volbergienė; kandidatai — p. Bukaveckienė, p. Belskienė. Revizijos komisijon išrinkti mok. Dailydė, dr. Rozenfeldas, p. Skrinskienė. Artimiausias skyriaus uždavinys — verbuoti narius, surasti lėšų, įsteigti dispanserį ir organizuoti kitokią pagalbą džiovininkams.

× **Prieštuberkuliozinės propagandos savaitė Panevėžyje.** Dr-jos kovai su tuberkulioze Panevėžio skyrius rugsėjo mėn. 18—25 d. Panevėžy rengia prieštuberkuliozinę kasmetinę propagandos savaitę, per kurią bus skaitomos paskaitos, demonstruojamos filmos ir įvyks visuotinis narių susirinkimas. Be to, Panevėžio m. ir apskrity bus „baltosios ramunėlės" rinkliava, kurios pelnas skiriamas Andrioniškio sanatorijos statybai. Panevėžy rinkliava bus daroma gatvėse, o apskrity aukų lapais.

Rugsėjo 25 d. 15 val. Šaulių salėj dr. Didžiulis pasakys įžangos žodį. 2) Dr. Garmus skaitys paskaitą tema „Paskutinės naujienos tuberkuliozės gydyme". 3) Dr. Legeckio paskaita tema „Pneumotoraksas kovoje su tuberkulioze". 4) Dr. Smilgevičiaus pranešimas apie Panevėžio dispanserio veiklą.

Po pranešimo įvyks dr-jos kovai su tuberkulioze visuotinis narių susirinkimas.

Kitomis propagandos savaitės dienomis — 19, 20, 21, 22, 23 ir 24 bus demonstruojama filma mokykloms ir skaitys paskaitas šie daktarai: Didžiulytė - Albrechtienė, Elisonienė, Stanevičiūtė, Didžiulis ir Smilgevičius. Įėjimas į paskaitas ir kinus nemokamas. Be to, bus nemokamai dalinama tuberkuliozinė literatūra.

× **V-sis Balkanų gydytojų kongresas** įvyks š. m. IX. 7 d. Istambule. Kongrese dalyvavo 120 gydytojų iš Turkijos, Graikijos, Rumunijos ir Jugoslavijos.

× **Vaistai numatoma atpiginti.** Vaistų kainoms tirti sudarytoji komisija ilgesnį laiką svarstė visų vaistų kainas ir sudarė naujų vaistams kainų projektą. Nustačius naujas kainas, vaistai gerokai atpigtų. Šiuo metu su naujų vaistams kainų projektu susipažįsta vaistininkų organizacijos. Vaistininkų organizacijų vadovybės peržiūrėjusios projektą galės pareikšti savo pastabas. Manoma, kad dar šiemet vaistai bus atpiginti.

× **Pranešimas kurtiems - nebyliams.** Kurčių - nebylių globos draugija prašo visus kurčius - nebylius be amžiaus skirtumo, gyvenančius pirmaeiliuose miestuose, būtent: 1) Alytuje, 2) Biržuose, 3) Kaune, 4) Kėdainiuose, 5) Marijampolėje, 6) Panevėžyje, 7) Šiauliuose, 8) Tauragėje, 9) Telšiuose, 10) Ukmergėje, 11) Vilkaviškyje, — iki 1938 m. rugsėjo 10 d. minėtų miestų savivaldybėse įsiregistruoti, suteikiant apie save atitinkamas žinias. Dr-ja nori turėti žinių apie visus Lietuvos kurčius - nebylius, kurių būviui gerinti bei jiems padėti siekti mokslo arba mokyti amato ji yra įsikūrusi. Kaimuose, miesteliuose tokia registracija jau yra atlikta.

Įregistruoti — suteikti žinių apie tuos kurčius nebylius, kurie patys negali, prašomi tai padaryti jų globėjai arba artimieji.

× **Bitės mirtinai užkapojo.** Pil. K. Ragaziną, Palivarko km., Salako v., Zarasų apskr., gyventoją, begaudantį bites pas savo kaimyną, įgėlusios 2 bitės, nuo ko pil. K. Rag. staiga miręs vietoje.

× **Juodoji muselė gąsdina visą Ameriką.** Kalifornijoje ir kitose vidurio Amerikos vietose pasirodęs vabzdys, vadinamas „juodąja musele", kurią gamtininkai vadina baisiausiu gyvūnu visame pasaulyje. Jos nuodai yra tokie baisūs, kad nuo jų nebegalima išsigelbėti. Nuodai yra stipresni už biauriausių gyvačių nuodus. Atrodo, kad vabzdys atvykęs iš Vi-

durio Amerikos. Juodoji muselė yra tam tikra skorpijonų rūšis. Jos kūnas yra 1½ cm., bet jos kojos storos ir 2 cm. ilgio. Neseniai viename Kalifornijos sode šitas vabzdys nunuodijęs 3 žmones.

× **Išbaltinti negrai.** Amerikoje pavykę hormoninės terapijos pagelba žymiai pabaltinti 5 negrams odas. Juodieji, kurie sutikę leisti padaryti sau tokį eksperimentą, diena iš dienos balę ir po 4 savaičių buvę beveik visai balti su nežymiu gelsvu atspalviu. Nežinia tik, kaip ilgai tas baltumas laikysis. Jau nuo seniai surastas skystis, išlyginąs susuktus negrų plaukus.

× **Žmogus su dviem širdimis,** Australijoje, Sidnėjaus ligoninėje guli vienas kaimietis, kuriam rentgenologiškai nustatyta, kad jis turįs dvi širdis greta — dešinioji didesnė, kairioji lyg priedas, mažesnė.

× **Dar du nauji sveikatos punktai.** Lietuvos Motinoms ir Vaikams Globoti Organizacijų Sąjunga nuo rugsėjo 1 d. Alytuje atidaro sveikatos punktą. Toks punktas neseniai pradėjo veikti ir Širvintuose. Tuo būdu dabar bus iš viso 22 sveikatos punktai.

× **Prof. Gonin Lozanoje gavo Graefe's medalį** iš Vokietijos oftalmologų draugijos. („W. m. W." 1938 m. 30 nr.).

SVEIKATOS DEPARTAMENTO APLINKRAŠTIS APSKRIČIŲ VALDYBOMS.

Sveikatos dep-tas išsiuntinėjo aplinkraštį visoms apskričių valdyboms ir apskričių gydytojams, kuriuo paaiškinama: 1) Sveikatos punktų gydytojai ir akušerės yra neetatiniai apskrities savivaldybės tarnautojai; 2) pašalpas, gaunamas sveikatos punktams išlaikyti, savivaldybės praveda per biudžetą; 3) gydytojų taksa, paskelbta „Vyr. Žin." 610 nr., privaloma tik sveikatos punktų gydytojams; 4) tą taksą sveikatos punkto gydytojas taiko tik savo apylinkės ligoniams darbo ir nedarbo valandomis; 5) Savivaldybės, paimdamos iš Sveikaos punktų gydytojų ir akušerių pasižadėjimus vykdyti „Vyr. Žin." 610 nr. paskelbtose taisyklėse jiems nurodytas pareigas, negali uždėti nei naujų pareigų ir prievolių, nei taksų keisti, nors nuo savęs ir primokėtų gydytojams ir akušerėms; 6) policijos pareigūnai sveikatos punktuose gydytojo kabinete gydomi nemokamai; 7) Sveikatos punktų gydytojai vaistus beturčiams išrašo savo nuožiūra; 8) sveikatos punktų gydytojams apskričių savivaldybės įtaiso antspaudas ir kertinius štampus. (k).

LIETUVOS RAUDONOJO KRYŽIAUS VYRIAUSIOS VALDYBOS NUTARIMU

šaukiamas nepaprastas visuotinis skyrių atstovų suvažiavimas š. m. rugsėjo 30 d. 17 val. Raud. Kryžiaus Valdybos buveinėje Kaune, Kęstučio gatvė Nr. 8.

Suvažiavimo dienotvarkė sekanti:

1) suvažiavimo atidarymas,
2) susirinkimo pirmininko ir sekretoriaus rinkimas,
3) skyrių atstovų pranešimai,
4) Vyriausios Valdybos ir vyriausios revizijos komisijos narių atlyginimas,
5) Vyriausios Valdybos narių ir kandidatų rinkimas,
6) vyriausios revizijos komisijos narių ir kandidatų rinkimas,
7) Įgaliavimų Vyriausiajai Valdybai suteikimas,
8) einamieji reikalai.

D-RO DOM. BUKANTO PAMINKLO REIKALU.

Į plačiąją Lietuvos visuomenę. Ateinančiais metais sukanka lygiai 20 metų nuo mirties idealaus gydytojo ir plataus masto visuomeninko dr. Dominiko Bukanto. Tais laikais, kai mūsų tautą slėgė svetimoji

priespauda ir krašto viduj buvo nemaža suklaidintų tautiečių, kurie svetimos kultūros įtakoje pamiršo savo gimtąjį žodį, dr. Dominikas Bukantas drąsiai ir visa savo energija stojo į lietuviškąjį darbą.

Kaip tauraus būdo žmogus ir stropus gydytojas, nusipelnė visuotinės pagarbos, jį šiandien lygiai su pagarba mini lietuvis, lygiai kitatautis, ir kaip visuomenininkas mums lietuviams yra itin brangus.

Užtatai jo vardui įamžinti Zarasuose, kur jis mirė ir kur daugiausia jam teko dirbti visuomeninio darbo, bus statomas paminklas.

Paminklas statomas visuomenės lėšomis ir del to maloniai kviečiame visus prisidėti savo auka prie paminklo statymo, kad kitais, dr. Bukanto mirties sukaktuviniais, metais galėtume baigti paminklą ir jį atidengti.

Aukas prašome siųsti į Lietuvos Banko Zarasų Skyrių, dr. Dom. Bukanto paminklui statyti Komiteto sąskaiton Nr. 37.

Dr. Domininko Bukanto paminklui Zarasuose statyti Komitetas,
Zarasai, 1938 m. VIII. 22 d.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi gydytojai:** 1) Klykolių punktui (Mažeikių aps.) reikalingas gydytojas.

2) Mažeikių aps. savivald. ligoninei reikalingas gydytojas stažistas.

× **Reikalingas gydytojas Tauragnų miesteliui,** Utenos apskr. Subsidijos paskirta 300 litų mėn. ir duodamas butas su kuru nemokamai. Rajonas labai didelis, privati praktika gali būti didelė.

× **Baltų gydytojų kongrese,** kuris buvo Helsinkiuose (Suomijoje) 1938 m, rugpiūčio mėn. 26—27 d., iš Lietuvos dalyvavo šie med. gydytojai: B. Matulionis, M. Mickus, J. Stasiūnas, J. Ūsas ir O. Juškevičiūtė.

Visais šitais trimi atsitikimais gydytojai buvo nekalti.

× **Paskirti sveikatos punktų vedėjai.** Šakių apskrityje įsteigti septyni sveikatos punktai: Slavikuose, Lekėčiuose, Gelgaudiškyje, Plokščiuose, Griškabūdyje, Kud. Naumiestyje ir Šakiuose. Slavikų punkte vedėjų paskirtas gyd. Povilaitis, Kud. Naumiestyje — gyd. A. Reinys. Gelgaudiškyje — gyd. Pampikas, Plokščiuose — gyd. B. Abramavičius, Griškabūdyje — M. Podrečiakas ir Lekėčiuose — gyd. A. Klebauskis. Šakių punktas, galimas dalykas, bus pavestas aptarnauti apskrities ligoninei.

× **Nepilnaprotės pasikėsinimas prieš gydytoją Rygoje.** Psichiška: nesveika ponia Emma Zinina, 40 metų, kėsinosi nušauti Rygos valstybinės Sarkankalusko psichiatrinės ligoninės gyd. G. Karpsą, kuris tuo metu vyko pas vieną pacientą. Ta ponia jo laukė namų priebutyje ir į gydytoją paleido penkis revolverio šūvius, iš kurių 3 jį sužeidė. Žaizdos nėra pavojingos. Pasirodė, kad pasikėsintoja buvo to gydytojo pacientė, kuri jį kaltino netinkamai ją gydžius.

× **Pacientų kerštas gydytojams.** Vengrijoje pastaruoju laiku trys pacientai atkeršiję savo gydytojams. Segedine vienas pacientas užmušė universiteto asistentę, akių ligų gydytoją. Budapešte pacientas, kuriam ne kaip išėjo kosmetinė operacija, nušovė chirurgą. Trečias ligonis kėsinosi nušauti savo gydytoją.

AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Reikalingos akušerės:** 1) Klykolių (Mažeikių aps.) punktui reikalinga akušerė.

2) Laižuvos (Mažeikių aps.) punktui reikalinga akušerė.

Prašymus siųsti Mažeikių aps. valdybai.

ŠUNDAKTARIAVIMAS.

× **Suimtas Šančių šundaktaris Kaz. Vasiliauskas** už nelegalaus aborto darymą. Už tai jis jau kelis kartus buvęs baustas.

× **Nubausta Vilijampolės daktarka O. Leontijevienė** 1.000 lt. arba 2 mėn. arešto už nelegalų gydymą šaknimis ir žolėmis.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos Departamento žinios apie limpamąsias ligas 1938 m. liepos mėn.:** typhus abdom. 65 (4), paratyphus 8, typhus exanth. 3, morbilli 134, skarlatina 48, pertussis 122, diphteria 136, influenza 160, erysipelas 26, mening. cerebr. spin. epid. 11 (1), lyssa 2, tetanus 1 (1), tbc. 132 (6), vener. ligomis 346 (lues 77, gonorrhoea 265, ulc. molle 4), varicella 29, trachoma 101, parotitis epid. 5, febris puerper. 5, septicopyaemia 7 (2), scabies 30.

× **Kalvarijos ligoninė praplečiama dar 500 lovų.** Vidaus Reikalų Ministerija šiemet paskyrė Kalvarijos psich. ligoninei praplėsti apie 800.000 lt. Už tuos pinigus antrasis korpusas šiemet įrengiamas ir jame bus vietos 500 lovų. Ligoninės naujojo korpuso įrengimo darbai bus baigti ligi metų galo ir nuo sausio mėn. naujose patalpose jau bus normalus sergančiųjų gydymas. Šiemet statomos naujos patalpos virtuvei ir skalbyklai, šie skyriai labiau mechanizuojami. Naujai statoma ledainė ir naujas kluonas.

× **Vaikų paralyžiaus epidemija** pasirodė įvairiose Europos vietose, k. a.: Anglijoje, Vokietijoje, Latvijoje ir kt. Susirgimų skaičius jau praneša daugiau kaip po šimtą ligonių.

× **Keista epidemija.** Japonijoje paskutiniuoju metu prasidėjęs masinis gyventojų susirgimas aklosios žarnos uždegimu. Ypatingai smarkiai šitie susirgimai pasireiškią Tokioje. Šita liga kylanti del blogos rūšies dantų šepetėlių. Pasirodo, kad iš šepetėlio atitrūkę šeriai dažnai praryjami, ir, patekę į akląją žarną, sukelia jos uždegimą. Nustatyta, kad del šitos priežasties aklosios žarnos uždegimų susirgimų skaičius siekia apie pusę visų šitos rūšies susirgimų.

× **Didėja parazitų nuodingumas.** Žinomas mokslininkas March Kint, tiriąs įvairių gyvūnų nuodus, atidengė reikšmingą paslaptį apie jų nuodų galią. Kinto laboratorija yra netoli Chicagos, pritaikintai įrengtoje formoje. Čia yra neapsakoma daugybė gyvių, kurie kąsdami įleidžia nuodų. Kint gyvių nuodus tiria kelerius metus. Jis nustatęs, jog paskutiniais keleriais metais žymiai didėjęs visų nuodingų gyvių nuodų stiprumas. Nekalbant apie gyvates, daugiau ir stipresnių nuodų turį net uodai ir blusos.

× **Dantų gimnastika.** Kai ankstyvesniais laikais žmonės vartojo daugiau kietą maistą, tai ir dantys buvę tvirti. Belgų mokslininkas Albertin Vissers išradęs tam tikrą „valgomą akmenį", kaip pats jį pavadino. Jis padarytas iš maistingų dalių ir chemiškai parengtas su tam tikrais kietumais. Tai geros šokolado plytelės gabaliukai. Jis nei tirpstąs nei lengvai sukramtomas. Dantys jį krimsdami, turi gražaus darbo ir vis tvirtėja.

× **Džiovininkų sanatorija Šiaurėje.** Grenlandijoje, netoli Arsuko ir Greenfeldo, neseniai pastatyta sanatorija džiova sergantiems ligoniams. Toje tolimoje šiaurės srityje sanatorija, pastatyta gyd. Lewson'o Tronsh'o patarimu. Tronsh ilgų metų bandymais nustatęs, kad kai kuriuos pradedančius džiova sirgti žmones labai teigiamai veikiąs šaltas šiaurės klimatas. Tuo tikslu Tronsh pastatė vieną sanatoriją kalnuose. Čia pakankamas šaltis, tačiau retesnis oras, kas neigiamai atsiliepia sergantiems plaučiams. Tronsh'o gydymo metode jau naudojasi keletas ligonių. Jie gyvena Grenlandijoje. Tik nelaimė, kad Grenlandijoje kai kuriais metų laikais daugoka drėgmės, kuri kenkia džiovininkams. Ligoniai yra griežtoje paties Tronsh'o priežiūroje ir tie, kuriems Grenlandijos oras neina į sveikatą, skubiai gabenami atgal.

× **Migdomoji žolė.** Prancūzas Vernon Vailey, neseniai keliaudamas Sakramento slėnyje, užtikęs ten ypatingą žolę, tik šiame slėnyje teaugančią. Tos žolės užėdę gyvuliai apsvaigstą, tartum susergą snaudulio liga. Vietos laukiniai gyvuliai, matyt, ją pažįsta ir vengia jos ėsti. Tačiau užėdę jos Vailey'o arkliai ilgą laiką buvo pasidarę visai nedarbingi— snaudė visą laiką.

× **Privaloma tuberkulino reakcija.** Francūzų medicinos akademija, kovodama su tuberkulioze vaikų amžiuje, priėmė vienu balsu šį nutarimą: Vaikams odos tuberkulino reakcija reikią pakartoti ne mažiau kaip vieną kartą per metus visą laiką, kol gaunama neigiama; šitai turįs atlikti namų gydytojas, o kur jo nėra, mokyklos gydytojas. Pateikimas tam tikro pažymėjimo turįs būti privalomas kiekvienų mokslo metų pradžioje, nes odos reakcijos pasikeitimas esąs vienintelis ženklas, kurs laiku padedąs nustatyti pirminės infekcijos pradžią ir imtis reikalingų profilaktikų ir gydymo priemonių. („Pediatrija". 1938 m. 2 nr.). *V. Tercijonas.*

× **Protestas prieš masinį tonsilių šalinimą.** Dalis Anglijos gydytojų neseniai iškėlė nuomonę, kad tonsilės pašalinti reikią tik būtinais atsitikimais, nes masinis tonsilių šalinimas nepateisinamas.

× **Elektrinė kedė mirusiems nuo elektros srovės atgaivinti.** Italų gyd. Leonardo Piccoli išradęs tam tikrą elektros kedę, su kuria atgaivinąs mirusius nuo elektros srovės. Bandymai su gyvuliais davę gerų rezultatų.

× **Dūbliai — vaistai.** Tifliso gyd. Machviladze, ilgus metus tyrinėdamas gruzinų vartojamą košę iš dūblių (žarnokai, apžarniai; rus. trebucha), pastebėjęs, kad tokia košė labai gerai veikianti skrandžio ir žarnų ligų atveju. Dabar šita košė vartojama kai kuriose Rusijos ligoninėse.

× **Dumbliai — vaistai nuo vaikų paralyžiaus.** Dumbliai (mauras, vodorosli) esą labai gera priemonė nuo vaikų paralyžiaus. Dumblių nuoviromis reikią trinti kūnas.

× **Naujas būdas ligoms pažinti.** Leipcigo prof. Reche vartoja ligoms pažinti spektralinę analyzę. Tamsioje laboratorijoje uždegama kvarco lempa, kurios spinduliai praleidžiami pro tam tikrą filtrą, tada gaunama tam tikro bangų ilgumo nematomi ultravioletiniai spinduliai. Prieš lempą pastatomas ligonio kraujas mėgintuvėlyje. Nuo tų ultravioletinių spindulių kraujas pradeda švitėti įvairiomis spalvomis. Kiekvienos ligos atveju kraujas skirtingai švitįs. Iš švitėjimo skirtumų nustatoma ligos diagnozė.

× **Oras ir ligos.** Frankfurto proff. Dessauer tvirtina, kad oras esąs pripildytas oro jonais — smulkiausiomis dulkelėmis ir atskilusiomis oro molekulėmis. Šitos dalelės esančios įelektrintos čia teigiamąja, čia neigiamąja elektra. Visa tat veikią žmogaus organizmą kartais teigiama, kartais neigiama prasme.

× **Italijoje 1935 met. gale ligoninėse buvo 85.409 kvailių,** 1926 metų pradžioje — 60.305 („M. m. W." 1938 m. 30 n.).

× **Prancūzijoje 1937 m. pirmame pusmetyje buvo 19.000 daugiau mirimų kaip gimimų.** Žmonių trūkumas buvęs papildytas kitomis rasėmis. („M. m. W." 1938 m. 30 nr.).

× **Šizofrenikų gydymas elektros srove.** Prof. Cerlett ir dr. Bini Romoje pavykę elektros srove sukelti žmogui traukulius. Srovė leidžiama pro galvą, ir gaunamas toks pat stovis kaip nuo didelių kardiazolio davinių. Sukeliamas elektrinis šokas tikimasi pritaikyti šizofrenikams gydyti. („M. m. W." 1938 m. 31 nr.).

× **Norvegijoje uždrausta psichoanalyzė.** Psichoanalyze tegali užsiimti gydytojai, kurie turi leidimą iš socialinės ministerijos. („M. m. W." 1938 m. 31 nr.).

× **1.010.000 dolerių kovai su vaikų paralyžiu** paskyrė prezidentas Roosevelt. („M. m. W." 1938 m. 31 nr.).

× **Eskimai pasižymi sveikatingumu.** Vienas kanadietis gydytojas ištyręs 389 eskimus, kurių tarpe neradęs cukrinės ligos, vienam radęs vėžį. Žemesnės kultūros eskimų tarpe arteriosklerozė rečiau pasitaikianti. („M. m. W." 1938 m. 31 nr.).

× **Stokholme įsteigta karaliaus Gustavo jubiliejaus klinika,** kur daugiausia bus pritaikomas radius. („M. m. W." 1938 m. 32 nr.).

× **Šiaurinėje Amerikoje 1937 m. buvo 11.906 susirgimai raupais,** o 1936 m. tebuvo 7.044.

× **Voverių blusos turi maro bacilų.** Šiaurinės Amerikos Montana valstybėje buvo nušautos 88 voverys (citellus elegans) ir, ištyrus jų blusas, 284 blusose rasta maro bacilų. („M. m. W." 1938 m. 32 nr.).

MEDICINIŠKASIS SĄMOJIS.

× **Nesusipratimas.**

Chirurgas: — Tamstos operacija praturtins mediciną!

Ligonis (šypsodamasis): — Man vis vien: už mane moka ligonių kasa!

× **Tikra diagnozė.**

Gydytojas: — Šitas išaugęs ant tamstos galvos gumbelis yra ženklas, kad tamsta turi saugotis didelio pykčio.

Pacientas: — Tamsta teisus, pone gydytojau, vakar nepasisaugojau nuo žmonos pykčio, tad šiandien vaikščioju su tuo iššokusiu gumbeliu.

× **Griežtas režimas.**

Gydytojas, ištyręs pacientą, tarė:

— Tamsta smarkiai kosi. Tamsta, neturi rūkyti, turi vengti alkoholinių gėrimų, nevalgyti mėsos, o vakare neapleisti savo buto. Ar supranti, tamsta?

— Suprasti suprantu, ponas gydytojau, kad man teleista tik kosėti.

× **Vaistas prieš nemigą.**

Pilietis paskambino naktį į aptieką:

— Negaliu užmigti, — tarė jis mieguistam provizoriui. — Duokite man morfio.

— O recepto ar, tamsta, turi?

— Ne.

— Tuomet aš negaliu tamstai duoti morfio.

Pilietis, pamąstęs keletą minučių, tarė:

— Tai duok, tamsta, man už 20 centų persiškų miltelių...

× **Pas gydytoją.**

— Tamstos tvinksnis šlubuoja!

— Geras dalykas! Jei tamsta dar ilgiau laikysi už mano sugedusio laikroduko, tai mane ir numirėliu greit palaikysi.

× **Nemokamas patarimas.**

— Kokia laimė, kad tamstą sutinku... Patark man ką nors nuo slogos.

— Turėkis kišeniuje nosinę skepetaitę!

— Argi to vieno pakaks?

— Jei nepakaks vienos, turėkis dvi.

× **Geriau nereikia.**

— Tat — labai sunki operacija, — iškilmingai pareiškė profesorius pacientui. — Apytikriai šeši iš 10 ligonių jos nepakelia. Ar galiu ką nors tamstai padaryti prieš operuodamas?

— Taip, atsakė pacientas, — įsakykite man atnešti apsiaustą ir kepurę ir iškvieskite taksi.

XVII. Del V-ajame Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavime padarytų pranešimų diskusijos 700
Referatai (Vidaus ligos, vaikų ligos, chirurgija, akušerija ir ginekologija, otorinolaryngologija, odos ir vener. ligos) 708
Klinikos ir praktikos patyrimai. 718
Kronika 722

XVII. *Diskussions* des rapports faits au V-ième Congrès de la Société des Chirurgiens de Lithuanie
Revue analytique (Médecine interne, maladies des enfants, chirurgie, accouchement et gynécologie, dermatologie et vénéréologie, otorhinolaryngologie).
Notes thérapeutiques, cliniques et pratiques.
Chronique.

Spermin-Poehl

(Prof. D. A. Poehl'io ir sūnų)

Pirmas eksperimentiškai ir kliniškai pagrįstas organoterapinis stimulans ir neurotonicum turi testikulių ir retikuloendotelio tonizuojamai veikiančių daiktybių.

Spermin-Poehl neturi toksiškai veikiančių excitantia, lengvai rezorbuojasi ir lengvai pakeliamas.

Indikacijos:

Kaip biologiškas tonicum ir roborans.
Kaip apsaugojamųjų jėgų aktivatorius.
Neurodinaminiam pajėgumui padidinti.
Bet kurios kilmės išsekimo būklių, bendrinės ir seksualinės neurastenijos, neurosis depressiva, marasmus atvejais.
Sergant infekcinėmis ligomis (gripu ir kt.).
Raumenų atrofiios, pagirių atvejais, taip pat sportiškam pajėgumui sustiprinti (paskubinama pieno rūgšties resyntezė).

Per os:
esencija buteliukais po 50 gr.
tabletės stiklinėse po 50 št.

Parenteraliai:
Ampulės intramuskulinėms injekcijoms dėžutėse po 4 št.

Gautos siurbėlės (dielės, hirudines)

iš užsienių, priimami užsakymai vietoje ir paštu.

A. Panemunė, vaistinė.

Nuo „Medicinos" Redakcijos-Administracijos

Kartu su „Medicinos" 1938 m. 8 numeriu išsiuntinėti šito žurnalo ėmėjams paraginimai sumokėti 1938 m. prenumeratą ne vėliau kaip ligi **š. m. lapkričio 15 d.**

Kas ligi šito galutinio termino nebus sumokėjęs šių metų prenumeratos, tas tuč tuojau po šito termino turės išsipirkti savo pašte jam atsiųstą „Medicinos" 1938 m. prenumeratos kvitą.

Pakvitavimai bus skelbiami artimiausiame „Medicinos" numeryje.

„Medicinos" žurnalo Redakcija-Administracija maloniai prašo kiek galint greičiau sumokėti taip pat ir savo ankstyvesnes skolas.

„Medicinos" Redakcija-Administracija

HEPASOL

ampulės

Ger-Ma-Po

Sudėtis: *Kepenų, blužnies ir inkstų koncentruoti ekstraktai fiziologiniame skiedinyje, po 2 ccm ampulėje. Skiedinys izotoniškas.*

Indikacijos: Perniciozinė ir sekundarinė anemija, chlorozė, kūno sunykimai del ligų, rekonvalescentams; po apsinuodijimo arsenu ir metalais.

Vartojimas: Kasdien po 1 ampulę į sėdimuosius raumenis, per keletą savaičių iš eilės. Injekcijų kurso dozė didinama iki 3-jų injekcijų per dieną; kurso gale dozė mažinama vėl iki 1-os ampulės per dieną.

Įpokavimas: Dėžutėse po 5, 10, 25, 50 ir 100 ampulių.

Akc. B-vės „Varpas" spaustuvė, Kaunas, Gedimino g-vė 3a.